

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002 et du décret du 29 avril 2002 relatifs aux droits des malades et à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et établissements de santé, nous devons, avant de pouvoir donner suite à votre demande de dossier, vous informer des modalités d'accès aux informations médicales :

- Si vous demandez un accès aux informations vous concernant, il conviendra de nous transmettre la photocopie d'une pièce d'état civil (carte d'identité, passeport, permis de conduire), indispensable à la communication des informations personnelles.
- Si vous demandez un accès aux informations en tant qu'ayant-droit d'une personne décédée, je vous précise que la réglementation en vigueur vous impose l'obligation de préciser, lors de votre demande, le motif pour lequel vous avez besoin d'avoir connaissance de ces informations. De plus, il conviendra de nous transmettre également la photocopie d'une pièce d'état civil justifiant votre qualité d'ayant droit (livret de famille).
- Si vous demandez un accès aux informations concernant votre enfant mineur, vous devez nous transmettre une photocopie d'une pièce d'état civil du père et de la mère (carte d'identité, passeport, permis de conduire) et justifiant votre qualité d'ayant droit (livret de famille). De plus, en cas de divorce ou de séparation, il faudra nous transmettre une copie d'une pièce d'état civil justifiant votre autorité parentale (copie du jugement...).

Vous trouverez à la suite de ce courrier, un imprimé vous permettant de nous faire part de votre choix concernant les modalités de communication (par défaut, nous vous transmettrons une copie du dossier par voie postale, en recommandé avec accusé de réception).

- 1 – ENVOI DES COPIES** par l'établissement. Dans cette hypothèse, les frais de reproduction et d'envoi en recommandé avec accusé de réception vous seront facturés.
- 2 – REMISE DES COPIES** en mains propres sur place au sein de l'établissement.
- 3 – CONSULTATION DU DOSSIER MEDICAL SUR PLACE** avec ou sans remise de copies, en présence d'un médecin.

Pour toute demande, je vous remercie de nous indiquer votre numéro de téléphone au dos de ce courrier.

Nous vous invitons à nous retourner ce document après l'avoir dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives demandées.

Je vous précise enfin que :

- toute information de plus de cinq ans suppose un délai de réponse de deux mois à compter de la date de retour de cet imprimé,
- conformément à l'arrêté interministériel du 11 mars 1968 fixant à 20 ans la conservation desdits documents, le dossier est détruit à partir de ce délai.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Le Directeur,

P. MATHIS

Je soussigné,  
 Mme/Mr.....  
 (préciser nom(s), prénom)

1) Demande la communication du Dossier Patient de  
 Mme/Mr.....pour le  
 ou les séjours du .....au ..... dans le (ou les) service(s) de  
 .....

2) Déclare opter, dans les conditions précisées (ci-dessus) pour :

Modalités de communication	Coût	Choix
Consultation sur place sans remise de copie(s)	Gratuit	
Consultation sur place avec remise de copie(s)	coût des copies indiqué ci-dessous	
Remise de copies sur place (feuilles A4)	0,18 €/feuille	
Envoi de copies (feuilles A4)	0,18 €/feuille	
Envoi de radiographie	2,75 €/CD	
Envoi IRM	2,75 €/CD	
Envoi en recommandé	< 250g 6,30 € > 250g 7,40€	X

**J'accepte** la recommandation de désigner un mandataire (joindre la copie d'une pièce d'état civil)   
 Il s'agit de  
 adresse complète : .....

**Je n'accepte pas** la recommandation de désigner un mandataire et souhaite recevoir les informations demandées à l'adresse suivante : .....

**Numéro de téléphone :**

**Motif de la demande : (motivation de la demande obligatoire)**

Connaître les causes de la mort  Ne pas cocher : réservé à l'administration  
 Défendre la mémoire de la personne décédée   
 Défendre ses droits

Fait à.....le .....  
 Signature :

Pièce(s) d'identité jointe(s) : .....

**A compléter par le SDM ou le service concerné**

- Date de consultation du dossier :

- En présence de :

- Date d'envoi des pièces :

**Visa du chef de service ou du médecin SDM/DIM**

Dr