

Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer le respect, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

En application des articles L.1111.7 et L 1112.1 du Code de la santé publique,
Je soussigné(e), Madame, Mademoiselle, Monsieur¹

Nom

Prénoms.....

Nom de jeune fille

Date de naissance /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Adresse.....

Code Postal Ville

Téléphone : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Agissant en qualité de :

Patient

Représentant légal de² :

Prénom.....

Nom.....

Date de naissance /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Adresse

Code Postal Ville

Ayant droit de³ :

Prénom.....

Nom.....

Nom de jeune fille.....

Adresse

Code Postal Ville

Date de naissance /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/ Date du décès /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

L'ayant droit faisant une demande de communication de dossier médical voudra bien préciser, par courrier motivé adressé à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de CHOLET, les motifs de sa demande en application de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique :

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la volonté du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès ».

Motif de la demande (facultatif) :

¹ Rayer la mention inutile

² Mineur, majeur sous tutelle

³ Personne qui se substitue à une autre pour l'exercice d'un droit qu'elle tient de cette dernière (exemple : un héritier est l'ayant droit du défunt).

MODE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Consultation du dossier médical sur place :

- Je souhaite consulter le dossier sur place
- Je souhaiterais qu'un médecin soit présent ou disponible afin de répondre à mes questions
- J'autorise Madame ou Monsieur le Docteur (*indiquer ses coordonnées ci-dessous*) à consulter le dossier sur place
- Nom.....Prénom
- Adresse
- Code Postal.....Ville

Reproduction de pièces du dossier médical :

Article L.1111-7 du code de la santé publique : « *La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant l'envoi des documents* ».

L'envoi postal est fait par courrier recommandé avec avis de réception au tarif en vigueur et peut varier en fonction du poids. Le tarif indiqué ci-dessous correspond au tarif minimum pour un poids de 20 grammes.

Tarifs au 1^{er} janvier 2019

| | |
|---|-------------------|
| Photocopie A4 (la copie)..... | 0,18 € TTC |
| Photocopie A3 (la copie)..... | 0,36 € TTC |
| Reproduction d'un ou plusieurs cliché(s) radiographique(s) sur cédérom (coût d'un CD) | 2,75 € TTC |
| Frais d'envoi en recommandé avec AR (fonction du poids – coût pour un envoi de 20 gr)..... | 4,72 € TTC |

- Je demande la reproduction des éléments suivants de mon dossier médical :
- compte-rendu opératoire certificats
- compte-rendu d'hospitalisation radiographies* sur CD
- compte-rendu d'examen complémentaires
- correspondances entre médecins autres (précisez) :

* Dans la mesure où les clichés radiographiques sur film duplicating sont présents dans le dossier médical, ils peuvent être remis au patient (en fonction de l'ancienneté du dossier)

Ces éléments correspondent à :

- Consultation : Service :
Praticien : Date :
- Hospitalisation : Service :
Praticien : Date :
- Autres (précisez) :

- Je demande que les copies des éléments me soient transmises **par courrier recommandé avec accusé de réception.**

- Je demande que les copies des éléments soient transmises **à Madame ou Monsieur le Docteur** (*indiquer ses coordonnées ci-dessous*) par **courrier recommandé avec accusé de réception** :

Nom Prénom

Adresse

Code Postal..... Ville

- Je viendrai chercher** les copies des éléments de mon dossier.

Pièces à fournir avec la demande :

Pour un patient : copie d'une pièce d'identité recto verso en cours de validité

Pour un représentant légal : copie d'une pièce d'identité recto verso du demandeur et copie du livret de famille ou de l'extrait de naissance (copie d'une décision de justice, le cas échéant), copie de la décision de justice dans le cas d'un majeur protégé

Pour un ayant droit : courrier de motivation, copie d'une pièce d'identité recto verso et justificatif de la qualité d'ayant droit (c'est-à-dire, soit un certificat d'hérédité, soit un acte de notoriété)

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A....., le

(Signature)