

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical. Sachez que seuls les patients concernés, l'ayant droit d'un patient décédé et les tuteurs peuvent avoir, sous conditions, accès à un dossier médical. Pour obtenir communication de votre dossier médical, veuillez nous retourner ce formulaire en lettre avec accusé de réception dûment complété, daté et signé, accompagné des pièces nécessaires à l'adresse suivante :

Clinique Synergia Luberon - Monsieur le directeur - 235 Route de Gordes - 84300 Cavailon

PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE :

NOM : NOM de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :

DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUÉE PAR :

Demandeur	Condition	Document(s) à joindre à la demande
<input type="checkbox"/> Le patient lui-même		<input checked="" type="checkbox"/> Copie recto verso de votre pièce d'identité ou passeport
<input type="checkbox"/> Un ayant droit	Uniquement pour les patients décédés	<input checked="" type="checkbox"/> Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur <input checked="" type="checkbox"/> Copie du document attestant de la preuve de la qualité de l'ayant droit (livret de famille, acte notarié, acte de naissance, certificat d'hérédité ou contrat particulier). <input checked="" type="checkbox"/> Acte de décès
<input type="checkbox"/> Un représentant légal	Pour les mineurs	<input checked="" type="checkbox"/> Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur et du mineur <input checked="" type="checkbox"/> Copie du livret de famille ou acte de naissance
<input type="checkbox"/> Un tuteur	Pour les majeurs protégés	<input checked="" type="checkbox"/> Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur et du majeur protégé <input checked="" type="checkbox"/> Copie de l'ordonnance du juge des tutelles

IDENTITÉ DU DEMANDEUR (si différente du patient) :

NOM : NOM de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :

Lien de parenté avec le patient ou qualité de l'ayant droit :

Motif de la demande (pour l'ayant droit¹) :

¹ Art. L1110-4 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 mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, **sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès** »

NATURE DE LA DEMANDE :

Pièce(s) du dossier médical souhaitées :

L'intégralité du dossier

Ou les pièces suivantes : Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu opératoire

Dossier d'anesthésie

Résultats d'examens :

Autre(s) pièce(s) :

.....

Date(s) du(es) séjour(s) concerné(s) par la demande :

Modalités de communication du dossier :

Consultation sur place seul ou accompagné par une tierce personne médicale ou non médicale

Consultation sur place avec accompagnement d'un praticien interne à l'établissement

Copie du dossier que vous viendrez chercher sur place

Copie et envoi par lettre recommandée des éléments demandés à votre domicile

Délai :

8 JOURS pour un dossier de MOINS de 5 ans

2 MOIS pour un dossier de PLUS de 5 ans

Tarif :

Conformément à la réglementation, une participation financière pourra vous être demandée pour la copie et l'envoi du dossier. Dans ce cas, vous recevrez une lettre vous précisant les frais de reproduction et à réception du moyen de paiement, les copies vous seront adressées.

Demande faite à :

Signature du demandeur

Le