

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL PAR L'USAGER

LE DEMANDEUR

- Le patient lui-même** Titulaire de l'autorité parentale (patient mineur) Mandataire (justification écrite)
 Ayant-droit (patient décédé) * Tuteur (majeur protégé)
 Si autre que le patient : identité du demandeur :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Pièce justificative fournie :

* Pour l'ayant-droit, motif de la demande d'accès :

- Connaître les raisons du décès
- Faire valoir ses droits
- Défendre la mémoire du défunt

Pour rappel, conformément à la réglementation, il ne sera communiqué qu'un élément permettant de répondre à ce motif

L'accès au dossier médical n'est pas un droit transmissible aux héritiers auxquels, il incombe de motiver leur demande d'accès ils doivent donc lors de leur demande, préciser le motif pour lequel ils ont besoin d'avoir connaissance de ces informations. :

.....

LE PATIENT

Date de naissance : / /

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom(s) :

Adresse** :

N° Téléphone** :

Mail** :

** : ou du demandeur

ELEMENTS DEMANDES :

DATES DES SEJOURS :

SERVICES CONCERNES :

MODE DE TRANSMISSION DU DOSSIER DEMANDE

- Récupération des éléments auprès du Département Qualité, Gestion des Risques et Droits des Usagers**
- Consultation sur place** (Dans ce cas, le médecin du service vous proposera une date de rendez-vous et vous pourrez bénéficier, si vous le souhaitez, d'un accompagnement médical pour la lecture des documents).
- Envoi de copies à votre domicile** (Vous recevrez la copie des documents demandés en recommandé avec A/R, si demandes récurrents les frais de ports sont à votre charge)
- Envoi de copie au médecin suivant** (nom, prénom, adresse) :

Date :
..... / /

Nom du demandeur :
.....

Signature :