

Demande de communication de documents médicaux

Selon l'article Article L1111-7 du code la santé publique « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenue, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé ». (Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 4) Conformément à la loi, les données suivantes sont exclues de la communication :

- Les notes personnelles des médecins
- Les informations ayant été recueillies auprès de personnes n'intervenant pas dans la prise en charge du patient
- Les informations contenues dans le dossier et concernant des personnes autres que le patient

Ces informations vous seront, après étude, et en fonction des possibilités techniques de l'établissement, délivrées dans un délai de 8 jours au plus tard suivant réception de votre demande, et au minimum après un délai de réflexion de 48H. Le délai pourra être porté à 2 mois dans certains cas, notamment lorsque les informations médicales demandées datent de plus de 5 ans.

Je soussigné(e)	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.
NOM :		Prénom :
NOM de naissance :		Né(e) le :/...../.....
Adresse :		
Code postal :		Ville :
Adresse mail :		Téléphone :

Demande la communication

De mon dossier médical, motif:

Motif :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Faire valoir mes droits
<input type="checkbox"/> Exigence d'un tiers (assurance, administratif)
<input type="checkbox"/> Pallier un besoin d'information non obtenue | <input type="checkbox"/> Demander un avis médical
<input type="checkbox"/> Déménagement
<input type="checkbox"/> Autre,
<input type="checkbox"/> Précisez : |
|---|--|

Du dossier médical de :

NOM :	Prénom :
NOM de naissance :	Né(e) le :/...../.....

Dont je suis :

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Représentant légal
<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale
<input type="checkbox"/> Personne en charge de la mesure de protection juridique

<input type="checkbox"/> Ayant droit d'une personne décédée, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, motif obligatoire de la demande
<input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès
<input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt
<input type="checkbox"/> Faire valoir des droits | <u>Signature du mineur</u> |
|---|----------------------------|

Nature de la demande

Je demande des pièces particulières du dossier :

- Compte rendu opératoire
 - Compte rendu d'hospitalisation
 - Autres
- Précisez :
-

Date d'hospitalisations précises :

Du/...../.....	au/...../.....	Service / Médecin :
Du/...../.....	au/...../.....	Service / Médecin :
Du/...../.....	au/...../.....	Service / Médecin :

Mode de communication des éléments du dossier médical

Je souhaite recevoir les éléments du dossier médical par : **(l'envoi des données médicales par mail est interdit)**

- Envoi postal recommandé avec A.R. à mon adresse
- Envoi postal recommandé avec A.R. à un médecin que je désigne :
NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal / Ville :
- En main propre à la Clinique Saint Vincent sur prise de rendez vous
- La Clinique vous propose également une consultation gratuite sur en présence d'un médecin afin de vous permettre une meilleure compréhension

Notre établissement vous recommande de vous faire accompagner d'un médecin lorsque vous prendrez connaissance des informations de votre dossier pour une meilleure compréhension de celui-ci.

Information sur les frais de reproduction et d'envoi

Nous vous informant que l'établissement vous adressera une facture correspondant aux frais de reproduction et éventuellement d'envoi des éléments sollicités selon le tarif suivant selon le mode de communication choisi précédemment. Tarif des prestations :

Format A4, recto : 0,18€ la feuille	Format A4, recto verso : 0,36€ la feuille
Format A3, recto : 0,36€ la feuille	Format A3, recto verso : 0,72€ la feuille

+ Frais d'envoi en recommandé avec A.R.

* Tarifs réactualisés au 01/01/2026

Ce document est à retourner soit par courrier accompagné des justificatifs à cette adresse :

Clinique Saint Vincent
Service Qualité
40 chemin des Tilleroyes
25044 Besançon cedex
03 81 48 67 46

Soit par mail à l'adresse : cvi.qualite@elsan.care

Pièces à joindre obligatoirement à votre demande :

Dans tous les cas, une copie de la **pièce d'identité en cours de validité** (recto verso)

- Si vous êtes ayant droit, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'une personne décédée, la **photocopie du livret de famille** ou un **certificat d'hérédité**
- Si vous êtes titulaire de l'autorité parentale, une **photocopie du livret de famille**
- Si vous êtes le représentant légal d'une personne placée sous tutelle, l'**ordonnance du juge vous désignant en tant que tel**

A défaut de pouvoir produire l'un des documents ci-dessus, toute autre pièce permettant de justifier vos droits.

Date de la demande : __/__/____
Signature :