



CLINIQUE DU CAP-D'OR
HAD CAP DOMICILE

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

A retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires à :

Clinique du Cap d'Or

Service Direction - Accès au dossier médical
1361 av des Anciens Combattants d'Indochine
83 500 LA SEYNE SUR MER

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez accéder à des données médicales. Nous vous invitons à nous retourner cet imprimé dument rempli et de prendre connaissance des conditions d'accès

PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Civilité : Madame ☐

Monsieur ☐

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Adresse mail :

CAS PARTICULIER :

Patient décédé le :

(seuls les ayants droits du défunt peuvent faire la demande).

DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUÉE PAR

Civilité : Madame ☐

Monsieur ☐

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Qualité du demandeur

Pièces à joindre à la demande

☐ Le patient concerné

- Copie de la pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire)
- Copie de la carte vitale ou l'attestation

☐ Un tiers agissant en qualité de :

☐ Personne mandatée par le patient lui même

- Copie de la pièce d'identité du patient concerné par la demande
- Copie de la pièce d'identité du mandataire
- Attestation du patient concerné permettant de justifier le mandat

☐ Ayant Droit :

Motif de la demande : ☐ honorer la mémoire du défunt

☐ connaître les causes de la mort

☐ faire valoir les droits du défunt

- Copie de la pièce d'identité du demandeur
- Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance
- Copie de l'acte de décès

☐ Tuteur

- Copie de la pièce d'identité du patient concerné
- Copie de la pièce d'identité du demandeur
- Copie du jugement de Tutelle

☐ Représentant légal du mineur

- Copie de la pièce d'identité du patient concerné
- Copie de la pièce d'identité du demandeur
- Copie du livret de famille ou de l'extrait de naissance

PÉRIODE D'HOSPITALISATION (un dossier médical est constitué pour chaque séjour)		
Date d'entrée	Date de sortie	NOM DU PRATICIEN

PIÈCES SOUHAITÉES
☐ Intégralité du dossier d'hospitalisation (dossier administratif + dossier médical + dossier infirmier + dossier examens paracliniques)
☐ Documents bien identifiés (merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande)
☐ Compte rendu d'hospitalisation
☐ Compte rendu opératoire
☐ La lettre de liaison
☐ Motif de l'hospitalisation
☐ Le dossier d'anesthésie
☐ Le dossier opératoire (traçabilité pré, per, et postopératoire)
☐ Le dossier transfusionnel
☐ Les prescriptions médicales
☐ Résultats d'examens, précisez lesquels :
☐ Traçabilité des dispositifs médicaux implantables
☐ Autres pièces, précisez lesquelles :

MODE DE COMMUNICATION DES PIÈCES ET FACTURATION
Rappel de l'Article L.1111-7 du CSP : la communication des pièces est réalisée dans un délai de 8 jours soit à compter de la date de réception de la première demande si les informations relatives à la demande sont complètes, soit à la réception du présent formulaire et si les données datent de moins de 5 ans. Le délai de communication passe à 2 mois lorsque les données datent de plus de 5 ans. Il existe un délai minimal de 48h de réflexion.
☐ Envoi des pièces en RAR à l'adresse indiquée sur le formulaire
☐ Envoi des pièces en RAR à un médecin de votre choix, précisez : Nom : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____
☐ Remise des pièces au secrétariat de Direction de la clinique – prendre rendez-vous au 04.94.30.37.46.
☐ Consultation des pièces sur place (un accompagnant peut vous être proposé) - prendre rendez-vous au minimum 48 heures avant au 04.94.30.37.46
Conformément à l'article L1111-7 du CSP, la reproduction des pièces vous sera facturée, seule la consultation sur place sans reprographie est gratuite. Une fois cet imprimé retourné et dûment complété, nous vous adresserons un devis basé sur les tarifs suivants : - 0.30 €par copie - coût de l'envoi en RAR calculé selon les tarifs postaux. Dès réception du règlement nous vous adresserons les éléments demandés. Date : _____ Signature : _____

Attention : les demandes incomplètes (manque d'informations, de justificatifs) ne pourront être traitées.