

Demande d'accès au dossier médical

I. VOTRE IDENTITE

NOM : _____
Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____
Date de naissance : / / / / / / / /
Type et N° de pièce d'identité : _____
joindre une photocopie
Adresse : N° _____ Rue : _____
Code postal / / / / / / Ville : _____
Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / /

II. NATURE DE LA DEMANDE

- Je demande accès à mon propre dossier
- Je suis le tuteur du patient et demande accès à son dossier (*joindre une photocopie du document officiel attestant du tutorat*)
- Je suis un AYANT-DROIT et demande accès au dossier d'une personne décédée.

Dans ce dernier cas :

1. Précisez quel est votre lien de parenté ou votre qualité d'ayant droit avec la personne dont vous souhaitez communication du dossier :

joindre une photocopie du document attestant de votre qualité d'ayant-droit¹

2. Précisez aussi le motif de votre demande :

III. DOSSIER

Séjour concerné par la demande :

Date d'entrée : / / / / / / / / / /

Nom du médecin de la clinique : _____

Si le dossier demandé n'est pas le vôtre :

Nom du patient : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom du patient : _____

Date de naissance : / / / / / / / / / /

¹ Extrait d'acte de naissance, livret de famille, certificat d'hérédité délivré par le maire, acte de notoriété délivré par le notaire, document de justice attestant du tutorat, ou tout autre document officiel.

IV. COMMENT SOUHAITEZ-VOUS CONSULTER LE DOSSIER ?

- A** : je souhaite **consulter sur place** à la clinique mon dossier médical **et recevoir par le médecin responsable** toutes les informations utiles. *Le dossier sera mis à votre disposition au cours d'un rendez-vous convenu. Les frais de photocopies seront à ma charge.*
- B** : je souhaite **consulter sur place** à la clinique mon dossier médical, **sans l'accompagnement** du médecin. *Les frais de photocopies sont à ma charge.*
- C** : je souhaite qu'une **copie** de mon dossier médical me soit **envoyée** ou soit envoyée à un médecin que je désigne ci-dessous. *Les frais de photocopies et d'envoi en recommandé avec AR (tarif postal) sont à ma charge.*

Note : si vous ne souhaitez qu'un document particulier de votre dossier médical (un compte-rendu opératoire par exemple), nous vous conseillons de le demander directement au cabinet du médecin qui vous a pris en charge, ce qui vous évitera de payer les frais de déstockage du dossier.

V. DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL (art. R 710.2.1. CSP)

Pour la bonne compréhension des informations contenues dans votre dossier médical, la présence d'un des médecins responsables pendant l'hospitalisation est vivement recommandée.

Si vous souhaitez que votre dossier soit adressé à votre médecin traitant, veuillez nous préciser ses coordonnées :

Docteur : _____
Adresse : N° _____ Rue : _____
Code postal / _ / _ / _ / _ / Ville : _____
N° de Tél. : _____

VI. SIGNATURE ET ACCEPTATION

Je soussigné(e) _____ auteur de la présente demande, atteste avoir été informé(e) des différents modes d'accès au dossier médical et de l'existence d'un dispositif d'accompagnement médical.

J'atteste avoir qualité pour consulter le dossier médical demandé en application de l'article 1^{er} du décret du 29 avril 2002 (patient lui-même ou titulaire de l'autorité parentale ou ayant-droits dans certains cas).

Fait à _____, le _____

Signature :

Merci de retourner ce document dûment rempli, accompagné d'une *photocopie de pièce d'identité, des documents justificatifs complémentaires*, à :

CLINIQUE BELLEDONNE
Monsieur le Directeur
83 avenue Gabriel Péri
38400 SAINT MARTIN D'HERES