

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX DOCUMENTS MEDICAUX

A retourner, accompagné des justificatifs à l'adresse suivante :

Hôpital Privé Nancy Lorraine - La Direction - A l'attention de Mme CHAMPION
2 rue Marie Marvingt 54100 NANCY
Tél. : 03 83 93 50 73 - sophie.champion@elsan.care

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : Patient Tuteur Ayant-droit Représentant légal

Civilité : Mme M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. : Domicile : Mobile :

Courriel :

IDENTITÉ DU PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE *(si différent du demandeur)*

Civilité : Mme M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Cas particulier : patient décédé le *(seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande)*

JUSTIFICATIFS À JOINDRE À LA DEMANDE

Patient : copie recto-verso de la pièce d'identité (CNI ou passeport)

Ayant-droits : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur (CNI ou passeport), copie de l'acte de décès et suivant sa qualité :

- Certificat d'hérédité / acte notarié**
- Copie du livret de famille**
- Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS**

La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient de son vivant, s'y est opposé.
Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent¹.

A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, parmi les trois suivants (à cocher):

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

ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS (à cocher)

- Lettre de sortie
 Compte rendu opératoire
 Compte rendu imagerie médicale
 Analyses de biologie
 Compte rendu d'anatomo-cyto-pathologie

Date(s) de séjour(s) :

MODALITÉS DE COMMUNICATION

Délai²: les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Tarif³: 20 € : règlement par chèque libellé à l'ordre de la SAS Médipôle de Nancy ou par virement bancaire : FR76 3000 4022 0900 0104 0959 182.

Vous souhaitez (à cocher):

- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception.
 Une remise en main propre (un rendez-vous vous sera proposé par courriel ou par téléphone).

Je, soussigné(e), M.....reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Date:

Signature (manuscrite obligatoire):

¹ Articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique, décision CE n°270234.

² Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique).

³ Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005.