

		FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER DU PATIENT	
DP_ENR_001		Enregistrement	
		Version : 4	
		Date d'application : 05/07/2024	

Patient concerné par la demande de dossier

Civilité : Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone(s) : Domicile : Portable :

Cas particulier :

Patient décédé le :

(Seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande. Merci de renseigner directement la case ayant-droit)

Demander

Qualité du demandeur	Pièces à joindre à la demande
☐ Le patient lui-même	✓ Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour)
Un tiers agissant en qualité de :	
☐ Personne mandatée par le patient lui-même	✓ Copie d'une pièce d'identité du patient concerné par la demande ✓ Copie d'une pièce d'identité du demandeur ✓ Tout document permettant de justifier du mandat
☐ Ayant-droit <u>Motif de la demande :</u> ☐ Honorer la mémoire du défunt ☐ Connaître les causes du décès ☐ Faire valoir vos droits	✓ Copie d'une pièce d'identité du demandeur ✓ Copie d'un certificat d'hérédité (établi par la mairie ou un notaire) ou du livret de famille ✓ Copie de l'acte de décès
☐ Tuteur	✓ Copie d'une pièce d'identité du patient concerné par la demande ✓ Copie d'une pièce d'identité du demandeur ✓ Copie du jugement de tutelle

Civilité : Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénoms : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone(s) : Domicile : Portable :

		FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER DU PATIENT	
DP_ENR_001		Enregistrement	Version : 4
		Date d'application : 05/07/2024	

Pièces souhaitées

☐ Intégralité du dossier médical

Si vous ne souhaitez pas obtenir l'intégralité du dossier médical, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :

☐ Compte-rendu d'hospitalisation

☐ Résultats d'examens, précisez lesquels :

☐ Dossier infirmier

☐ Autres pièces, précisez :

Périodes

(un dossier médical est constitué pour chaque séjour)

Date d'entrée	Date de sortie

Modes de communication

☐ Envoi de copies à votre domicile (*par lettre recommandée avec avis de réception*)

☐ Envoi de copies à un médecin de votre choix (*par lettre recommandée avec avis de réception*) Précisez :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

☐ Remise de copies sur place (*sur rendez-vous*)

☐ Consultation sur place (*sur rendez-vous, un accompagnement médical vous sera proposé*)

Tarification

Le coût unitaire d'une feuille **A4 80g noir et blanc** est de **0,18 € HT**, (un A3 = deux A4),

Si vous optez pour un envoi en recommandé avec avis de réception, s'ajouteront aux frais de copies, les frais d'envoi par la Poste (facture jointe à l'envoi des copies).

Fait à

le

Signature

Formulaire à retourner complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires à :

Clinique du Sud
À l'attention du Directeur
Chemin de la Madeleine
11000 CARCASSONNE



Toute demande incomplète ne sera pas traitée.