Veuillez compléter le formulaire ci-dessous et le retourner, accompagner des justificatifs à l’adresse suivante :

**Hôpital Privé Guillaume de Varye – Responsable qualité**210 Route de Vouzeron - 18230 SAINT DOULCHARDMail : [qualite.gdv@elsan.care](mailto:qualite.gdv@elsan.care)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du demandeur** | | |
| **Qualité du demandeur :** □ Patient□ Ayant-droit□ Tuteur□ Représentant légal□ Mandataire  □ Autre : ………………………………………………………….. | | |
| Civilité : □ Mme □ M. |  |  |
| Nom d’usage: ……………………………………………………. |  | Nom de naissance : ..……………………………………… |
| Prénom : …………………………………………………………… |  | Date de naissance : ……………………………………….. |
| Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Code postal : ……………………………………………………… |  | Commune : ……………………………………………………. |
| Téléphone : ..……………………………………………………… |  | Adresse mail : ………………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du patient concerné par la demande** *(si différent du demandeur)* | | |
| Civilité : □ Mme □ M. |  |  |
| Nom de naissance : ….………………………………………. |  | Date de naissance : ..……………………………………… |
| Nom d’usage : ……………………..…………………………… |  | Lieu de naissance : ………………………………………… |
| Prénom : …………………………………………………………… |  | ………………………………………………………………………. |
| Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Code postal : ……………………………………………………… |  | Commune : …………………………………………………… |
| Téléphone : ..……………………………………………………… |  | Adresse mail : ……………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Éléments du dossier demandés** (*à cocher*) |

***Remarque*** : *Les comptes rendus de consultation sont à demander directement auprès du secrétariat du praticien concerné. Les radios, clichés, IRM sont à demander directement au centre de radiologie Jean de Berry*

|  |  |
| --- | --- |
| * Compte-rendu opératoire | * Intégralité du dossier (pièces citées ci-avant) |
| * Dossier d’anesthésie | * Autres pièces (*à préciser*): |
| * Compte-rendu d’hospitalisation (lettre de sortie) | ……………………………………………………………………………. |
| * Résultats d’examen (*à préciser)* : |  |
| ……………………………………………………………………………. |  |

|  |
| --- |
| **Date(s) de séjour(s)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dates d’hospitalisation :** | **Services d’hospitalisation ou praticien:** |
| * ………………………………………………………………………. | * …………………………………………………………………….. |
| * ………………………………………………………………………. | * …………………………………………………………………….. |
| * ………………………………………………………………………. | * …………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Modalités de communication** |

|  |
| --- |
| * Consultation sur place (gratuite) |
| * Remise de la copie que vous viendrez chercher sur place |
| * Envoie de la copie en recommandé avec accusé de réception à votre domicile |
| * Envoie de la copie au médecin de votre choix (*précisez le nom et les coordonnées*) : |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Justificatifs à joindre à la demande** | |
| **Vous êtes** *(cochez la case correspondante)* | **Pièces justificatives à fournir** |
| * Le patient lui-même | * Une copie recto-verso de votre pièce d’identité en cours de validité * Courrier demandeur * Chèque de 25 euros |
| * L’ayant droit\* de la personne décédée   Vous devez motiver votre demande *(****à cocher****)* :   * + Connaitre les causes du décès   + Honorer la mémoire du défunt   + Faire valoir vos droits :   ………………………………………………………….  \*L’ayant droit est le successeur légal de la personne décédée conformément au Code Civil | * Courrier demandeur * Chèque de 25 euros * Selon la qualité de l’ayant droit vous devez fournir :   **Conjoint survivant, enfants du défunt, en leur absence les ascendants**   * Une copie recto-verso de votre pièce d’identité en cours de validité * Un extrait d’acte de naissance ou copie du livret de famille   **Partenaire de PACS**   * Une copie du PACS   **Concubin**   * Un certificat de vie commune (ou de concubinage) délivré en mairie ou, à défaut, une attestation sur l’honneur signée * Un extrait d’acte de naissance ou copie du livret de famille   **Autres ayant-droit**   * Prouver leur qualité par un acte notarié |
| * Le tiers au nom d’un mineur | * Courrier demandeur * Livret de famille * Une copie recto-verso de la pièce d’identité du mineur * Une copie recto-verso de la pièce d’identité du demandeur * Attestation sur l’honneur où le demandeur déclare être titulaire de l’autorité parentale * Décision de justice rendue par la juge des tutelles (pour les mineurs sous tutelle) * Chèque de 25 euros |
| * Le tiers au nom du majeur placée sous régime de protection | * Courrier demandeur * Document attestant la mesure de protection * Une copie recto-verso de la pièce d’identité du patient * Chèque de 25 euros |
| * Le mandataire | * Courrier demandeur * Document attestant le mandat * Une copie recto-verso de la pièce d’identité du patient * Chèque de 25 euros |
| * L’Officier de police judiciaire en matière pénale | * Courrier demandeur précisant la nature de l’affaire * Une copie recto-verso de la pièce d’identité du patient * Chèque de 25 euros |

Délai**:** 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 maximum, à compter de la réception complète.

Tarif**:** 25 euros, règlement par chèque ou remise sur place du règlement en espèce ou par carte

**Remarques :**

* **Les frais de reproduction et d’envoi (Lettre recommandée et Avis de Réception) sont à la charge du demandeur.**
* **Aucun envoi ni consultation ne sera fait en l’absence de toutes les pièces justificatives.**

Je soussigné, …………………………………………………………………………………………………… reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médicale et m’engage à acquitter l’ensemble des frais de copie et d’envoie éventuels

Signature du demandeur :

Fait à ……………………………………………………

Le ………………………………………………………..