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

|  |
| --- |
| **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 ………………………………………………………..