

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Décret 2002-637 du 29 avril 2002 de la loi du 4 mars 2002 sur le droit du malade et la qualité du système de santé.

A envoyer à l'attention de Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier  
8, avenue Etienne Gascon – CS 90262 - 35603 Redon Cedex

## 1 – Identification du demandeur

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Le demandeur est informé que :

- l'hôpital doit répondre sous 8 jours à 2 mois selon que les informations remontent à moins ou plus de cinq ans (article L1111-7 du Code de la Santé Publique).
- les informations du dossier médical sont strictement personnelles. Un usage non maîtrisé par la révélation ou la diffusion de certaines informations peuvent nuire à son titulaire.
- les documents remis sont des copies et qu'il y a des frais de reproduction (précisés ci-après).

### Agissant en qualité de :

<input type="checkbox"/> patient	Fournir la copie d'une pièce d'identité
<input type="checkbox"/> représentant légal <b>avec le consentement de la personne mineure</b>	Fournir les copies : - d'une pièce d'identité du demandeur et du mineur - du livret de famille ou de l'acte de naissance  En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales.
<input type="checkbox"/> tuteur <b>avec l'accord de la personne, en fonction de ses facultés de discernement</b>	Fournir les copies : - d'une pièce d'identité du demandeur et du majeur protégé - de l'ordonnance du juge des tutelles
<input type="checkbox"/> ayant droit (lorsque le patient est décédé). Seuls les ayants-droit qui sont définis réglementairement comme <b>étant les successeurs légaux</b> du défunt conformément au code civil, peuvent avoir accès au dossier médical, à condition que le défunt ne s'y soit pas opposé de son vivant.  <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> frère/sœur <input type="checkbox"/> père/mère <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre parent (à préciser)	Fournir les copies : - d'une pièce d'identité du demandeur - d'un acte notarié ou certificat d'hérédité OU du livret de famille (si votre lien de parenté avec le défunt suffit à établir votre qualité d'ayant-droit) - copie du certificat de décès  <b>Votre demande doit être motivée :</b>  <input type="checkbox"/> Connaître la cause du décès <input type="checkbox"/> Faire valoir ses droits* <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt* *Veuillez préciser la raison pour laquelle ce motif est évoqué (article L 1110-4 du code de la santé publique) : _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> personne mandatée	Fournir les copies : - d'une pièce d'identité du demandeur et du patient  Fournir l'original du mandat dûment complété et signé par le patient

## 2 – Dossier médical demandé

Nom - Prénom du patient : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Hospitalisé du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ dans le service : \_\_\_\_\_

Médecin référent : \_\_\_\_\_

## 4 – Modalités de transmission

Cochez la mention choisie

- Je désire consulter mon dossier sur place le : .....** (RV en fonction des possibilités du service )  
**Je désigne le docteur .....** pour m'accompagner lors de la consultation. (facultatif)  
**La consultation sur place est gratuite.**
- Je désire recevoir les documents suivants, sachant qu'ils sont payants à l'unité et que les tarifs sont définis en conseil de surveillance mais ne peuvent dépasser une somme globale de 150€.**  
. Coût de la copie : **0,60 €**  
. Coût du contre type (radio, scanner...) : **4,70 €**  
. Coût du rapatriement du dossier externalisé : **21,53 €** (dossier de plus de 4 ans)

**IMPORTANT** : N'envoyez pas de chèque.  
Un état de somme due vous sera ultérieurement adressé.

A défaut de choix de votre part, la consultation se fera sur place à une date que le centre hospitalier se réserve de choix de définir.

## 5 - Liste des documents désirés

Cochez les documents désirés

- Les bulletins d'entrée et de sortie de l'établissement  
 Compte-rendu d'hospitalisation du ..... au .....  
 Dossier de soins  
 Résultats d'examens (précisez) : .....  
 Intégralité du dossier.  
 Autres pièces (précisez) : .....

**NOTA : Si les documents demandés sont liés à une visite d'ordre médical, merci de nous indiquer la date du rendez-vous : .....**

Date

Signature du demandeur