DEMANDE DE TRANSMISSION D'UN DOSSIER MEDICAL

En application des articles L.1111.7 et L.1112.1 du Code de la Santé Publique,

NB - Article L.1111-7 du code de la santé publique : « *La consultation sur place des informations est gratuite. la délivrance de copies sera facturée selon tarif en vigueur (cf paragraphe III)*

I – Identité du demandeur

Je soussigné(e), Madame, Mademoiselle, Monsieur[1]

Nom – Prénom .....

Nom de jeune fille.....

Date de naissance .....

Adresse.....

Téléphone .....

Mail .....

Motif de la demande (facultatif) : .....

Agissant en qualité de :

☐ Patient

☐ Représentant légal (père, mère ou tuteur) de [1] :

Nom..... Prénom.....

Date de naissance .....

☐ Ayant droit (notamment héritier) de[3] :

Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille.....

Adresse.....

Date de naissance .....Date de décès .....

Motif de la demande (en application de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique), merci de bien vouloir **motiver votre demande par écrits sur papier libre :**

☐ Connaitre les causes de la mort

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir mes droits

II – Dossier demandé

Documents demandés

☐ Compte-rendu opératoire

☐ Compte-rendu d'hospitalisation

☐ Radiographies

☐ Autres (Précisez) :

☐ Compte-rendu de consultation

☐ Certificats

☐ Scanner

[1] Rayer la mention inutile

Renseignements facilitant la recherche du dossier :

☐ Consultations : Service : .....

Date : .....

☐ Hospitalisation : Service : .....

Date : .....

☐ Autres (Précisez) : .....

Modalités

Consultation du dossier médical sur place :

☐ Je souhaite consulter le dossier sur place

☐ Je souhaiterais qu'un médecin soit présent ou disponible afin de répondre à mes questions

☐ J'autorise Madame ou Monsieur le Docteur (indiquer ses coordonnées ci-dessous) à consulter le dossier sur place

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

☐ Je souhaite solliciter le médecin conciliateur de l'établissement

Frais de copie et d'envoi :

Tarifs	
Photocopie Dossier (la copie)	***0,45 € TTC***
Contre-type radiologie	***3.80 € TTC***
DVD reproduction scanner	***7.30 € TTC***
Frais de rapatriement d'un dossier médical dans le cas d'une demande de communication de dossier d'un patient	***- Recherche du dossier par SGA : 5,40 € TTC*** ***- Livraison (navette bi-hebdomadaire) : 24,00 € TTC***
Frais d'envoi recommandé avec AR	***Tarif en vigueur***

☐ Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations (envoi en recommandé avec AR à ma charge)

☐ Je demande que les copies soient transmises (envoi en recommandé avec AR à ma charge) au **Docteur**

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

☐ Je choisis le retrait de la copie sur place.

Pièces à fournir avec la demande :

Pour un patient : copie d'une pièce d'identité recto verso.

Pour un représentant légal : copie d'une pièce d'identité recto verso du demandeur et copie du livret de famille ou de l'extrait de naissance (copie d'une décision de justice, le cas échéant), copie de la décision de justice dans le cas d'un majeur protégé.

Pour un ayant droit : courrier de motivation, copie d'une pièce d'identité recto verso et justificatif de la qualité d'ayant droit (c'est-à-dire, soit un certificat d'hérédité, soit un acte de notoriété, soit la copie du livret de famille).

A..... le.....

(Signature)