



FORMULAIRE
DEMANDE DE COMMUNICATION
DE DOSSIER MÉDICAL
En application des articles L1111-7 et L1112-1 du Code de la Santé Publique

Version 2014-1
du 01/03/2014

Vous souhaitez obtenir votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner avec les pièces justificatives à l'adresse suivante :

Clinique Saint-Joseph – Secrétariat de Direction
51 Avenue Wilson – 16021 ANGOULEME

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Qualité du demandeur* : patient conjoint(e) père mère fils fille

frère sœur tuteur curateur autre (à préciser) :

***Ayants-droits** (cas d'un patient décédé) : *La loi impose aux ayants-droits de justifier impérativement leurs demandes de pièces ou de dossier complet (cocher le motif de votre demande) :*

connaître les raisons du décès défendre la mémoire du défunt faire valoir vos droits

RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU (DES) DOSSIER(S)

IDENTITÉ DU PATIENT : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Service(s) d'hospitalisation	Nom du praticien	Période(s) d'hospitalisation		Type(s) de prise en charge	
		Date d'entrée	Date de sortie	Hospitalisation complète	Ambulatoire
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre demande concerne une expertise : oui non Si oui, date :/...../.....

PIÈCES DU DOSSIER MÉDICAL DEMANDÉES

Intégralité du dossier médical

Les pièces listées ci-dessous :

Compte-rendu d'hospitalisation Compte-rendu d'imagerie

Compte-rendu de consultation Compte-rendu opératoire (si vous avez été opéré)

Dossier d'anesthésie Lettre de sortie

Dossier de soins Les résultats d'examens anatomo-pathologiques

Les résultats d'examens bactériologiques et les antibiogrammes correspondants

Autres pièces :

MODALITÉS DE COMMUNICATION

Consultation **gratuite*** sur place (nous vous contacterons pour convenir d'un rendez-vous)

sans accompagnement médical

avec accompagnement médical

* Les copies réalisées lors de la consultation sur place sont facturées aux tarifs indiqués ci-après.

Si aucune copie n'est réalisée, la consultation du dossier médical est gratuite.

Remise en main propre (nous vous contacterons pour convenir d'un rendez-vous)

Envoi postal à votre domicile en recommandé avec accusé de réception

Envoi à un médecin de votre choix en recommandé avec accusé de réception :

Médecin désigné :

Adresse :

.....

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Le présent formulaire dûment rempli et signé, **doit être accompagné, dans tous les cas de la photocopie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et du patient ainsi que :**

- pour les représentants légaux d'un mineur, d'une copie du livret de famille ou du justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce, de séparation.

- pour les représentants légaux d'un majeur sous tutelle, d'une copie du jugement de tutelle.

- pour les ayants-droits d'un patient décédé, d'une copie du livret de famille, ou de l'acte notarié ou du certificat d'hérédité (établi en mairie), ou de l'acte de décès, tout document prouvant votre filiation.

Je soussigné(e),

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Accepte de prendre en charge les frais de reproduction.

Accepte de prendre en charge (selon le tarif en vigueur) les frais d'envoi postal en recommandé avec AR.

Fait à

Le/...../.....

Signature du demandeur

(patient, titulaire de l'autorité parentale, tuteur, ayant-droit)

DÉLAIS DE COMMUNICATION

Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours à compter de la date de réception de la demande.

Les dossiers de plus de 5 ans sont communiqués dans un délai de 2 mois maximum.

FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI

Dès réception du formulaire et des pièces justificatives, la préparation des documents sera organisée et l'avis de paiement des photocopies et frais d'envoi vous sera transmis. Les frais de reproduction (photocopies des documents) et d'envoi (en recommandé avec accusé de réception) du dossier médical sont fixés par l'établissement et sont à la charge du demandeur.

Les tarifs applicables sont les suivants : Copie format A4 0,18€ l'unité

Copie format A3 0,36€ l'unité

Envoi postal en recommandé avec AR Tarif en vigueur

Une seule copie de dossier sera réalisée et adressée par le Secrétariat de Direction.

Tout envoi complémentaire pourra donner lieu à une nouvelle facturation.