

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX
OU D'UN DOSSIER MEDICAL PERSONNEL**
(Article L.1111-7 et articles R.1111-1 à R.1111-8 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) : Nom : Prénom(s) :
Né(e) le :/...../..... A :
Domicilié(e) :
Tél :

Si le patient est mineur : père mère représentant légal de :

Nom du patient : Prénom : Né(e) le/...../.....

Demande à obtenir la communication des documents suivants, établis par l'établissement à mon nom (ou au nom du patient) :

L'intégralité de mon dossier médical (dossier médical, dossier de soins infirmiers, et le cas échéant, dossier transfusionnel, dossier anesthésique)

ou

le compte rendu opératoire

ou

le compte rendu de mon (son) hospitalisation

ou

le ou les autres documents précisés ci-dessous:
.....
.....

Renseignement facilitant la recherche du dossier

Date d'hospitalisation :
Du :/...../.....
Au :/...../.....

Service d'hospitalisation :
Nom du médecin :
N° d'identification du dossier :
(si vous le connaissez)

établis par l'établissement à : mon nom au nom du Patient dont je suis le représentant légal

Selon les modalités suivantes :

A m'envoyer en L.R.A.R. à mon adresse (indiquée ci-dessus)

ou

Envoi postal au Docteur : Nom : Prénom :

Adresse :

ou

A me remettre en mains propres, sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service).

ou

A consulter sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service). Dans ce cas, je souhaite être assisté par un médecin : **Oui** **Non**

Avenue du Président John Fitzgerald Kennedy - 26200 MONTELIMAR
Tél. : 04 75 00 35 00
Fax : 04 75 53 78 18
clinique-kennedy-montelimar.ramsaygds.fr

Le demandeur est informé :

- que les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications. Le médecin pourra donc parfois souhaiter que leur communication s'effectue avec des précautions particulières, en conformité avec ses obligations déontologiques.
- que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- qu'il aura à supporter l'ensemble des frais liés aux procédures de recherches, de photocopies, de reprographies et de communication de ce dossier médical (voir tarifs ci-dessous).
- que les documents seront transmis après réception du chèque libellé à l'ordre de l'établissement et adressé à la Direction de l'établissement.
- que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de réception de sa demande pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens. (la loi prévoit 2 jours de réflexion pendant lequel le dossier ne peut pas être communiqué).

Date de la demande :/...../.....

Signature du demandeur :

**Ce document doit être adressé complété à la Direction de l'établissement
ET accompagné des pièces suivantes**

Demandeur	Pièces à fournir
Majeur capable	- copie recto verso de la pièce d'identité - copie de la carte vitale (ou de l'attestation)
Personne titulaire de l'autorité parentale	- copie recto verso de la pièce d'identité - copie recto verso de la pièce d'identité du mineur - copie de la carte vitale (ou de l'attestation) dont relève le mineur - copie du livret de famille ou de la décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale (ordonnance ou décision du juge aux affaires familiales). Le mineur peut refuser à son/ses représentants légaux l'accès à son dossier ou le conditionner à la présence d'un médecin lors de sa consultation.
Représentant légal d'un majeur sous tutelle	- copie recto verso de la pièce d'identité du tuteur - copie recto verso de la pièce d'identité du majeur protégé - copie de la carte vitale (ou de l'attestation) du majeur protégé - copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur (ordonnance du juge des tutelles).

FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI DE DOCUMENTS MEDICAUX

Remise en main propre	5€
Envoi en Recommandé avec A.R	10€