

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS À UN DOSSIER MÉDICAL

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical. Sachez que seuls les patients concernés, l'ayant droit d'un patient décédé et les tuteurs peuvent avoir sous conditions accès à un dossier médical. Pour obtenir communication d'un dossier médical, veuillez nous retourner ce formulaire en lettre avec accusé de réception dûment complété, daté et signé, accompagné des pièces nécessaires à l'adresse suivante :

Clinique de l'Ospedale, Monsieur Le Directeur  
Rue du Dr Jourdan  
20137 Porto-Vecchio

## PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE :

NOM:..... NOM de jeune fille:.....

Prénom:..... Date de naissance:.....

Adresse:.....

Code postal: ..... Ville:..... Téléphone:.....

## DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUÉE PAR :

DEMANDEUR	CONDITIONS	DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE
<input type="checkbox"/> Le patient lui-même		-Copie recto verso de votre pièce d'identité ou passeport
<input type="checkbox"/> Un ayant droit	Uniquement pour les patients décédés	-Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur -Copie du document attestant de la preuve de la qualité de l'ayant droit (livret de famille, acte notarié, acte de naissance, certificat d'hérédité ou contrat particulier) -L'acte de décès
<input type="checkbox"/> Un représentant légal	Pour les mineurs	-Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur et du mineur -Copie du livret de famille ou acte de naissance
<input type="checkbox"/> Un tuteur	Pour les majeurs protégés	-Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur et du majeur protégé -Copie de l'ordonnance du juge des tutelles

## IDENTITE DU DEMANDEUR SI DIFFÉRENT DU PATIENT:

NOM:..... NOM de jeune fille:.....

Prénom:..... Date de naissance:.....

Adresse:.....

Code postal: ..... Ville:..... Téléphone:.....

Motif de la demande (pour le patient décédé) : .....

Pour l'ayant droit :Art L1110-4 du code de la santé publique « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, **sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès**

**NATURE DE LA DEMANDE:**

Pièces du dossier médical souhaitées :

L'intégralité du dossier

Ou les pièces suivantes:

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Dossier d'anesthésie
- Résultats d'examens : .....
- Autres pièces: .....

Date(s) du(es) séjour(s) concerné(s) par la demande de dossier : .....

**Modalités de communication du dossier :**

- Consultation sur place seul ou accompagné par une tierce personne médicale ou non médicale
- Consultation sur place avec accompagnement d'un praticien interne à l'établissement
- Copie du dossier que vous viendrez chercher sur place
- Copie et envoi par recommandée des éléments demandés à votre domicile

**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 au maximum.

**Tarif :** Conformément à l'article L.1111.7 du Code de Santé Publique, le patient doit participer financièrement au coût de la copie et de l'envoi de son dossier. Si vous choisissez ce mode de communication, vous recevrez une lettre vous précisant les frais de reproduction et à réception du paiement, les copies vous seront envoyées.

---

**Demande faite à :** ..... **Signature du demandeur :** .....

**Le:** ..... / ..... / .....



**CLINIQUE DE L'OSPEDALE**