

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

(À compléter en lettres capitales)

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :

Je soussigné (e) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

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

Sexe : M

F

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone :/...../...../...../.....

Courriel (email) :@.....

Demande la communication des informations contenues :

Dans mon dossier médical

Dans le dossier médical de :

Nom : Nom de Jeune Fille :

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

J'agis alors en tant que :

Représentant légal

Conformément à la législation, l'enfant mineur peut s'opposer à la communication de son dossier médical au titulaire de l'autorité parentale.

Ayant droit d'un patient décédé : date du décès :/...../.....

Mention obligatoire (à cocher)

Connaître la cause du décès

Défendre la mémoire du défunt, précisez :

Faire valoir mes propres droits, précisez :

Tuteur/Curateur

2. RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DES INFORMATIONS MEDICALES :

Date d'entrée	Médecin concerné	Service concerné

Nature des documents demandés :

La totalité du dossier médical (*sachez que les comptes rendus d'hospitalisation suffisent généralement à répondre à vos questions*)

Les pièces justificatives du dossier médical :

A savoir : (possibilité de sélectionner plusieurs pièces)

Observations médicales

Compte rendu opératoire

Dossier d'anesthésie

Compte rendu d'examen

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu de consultation

Dossier infirmier

Compte rendu d'imagerie médicale

Clichés d'imagerie. Précisez les dates

3. MODALITES DE COMMUNICATION :

Je souhaite l'envoi des copies de ces informations par courrier postal à l'adresse indiquée ci-dessus.
Dans le cas contraire, merci de bien vouloir préciser l'adresse :

J'accepte les frais inhérents à l'envoi du dossier médical mentionnés ci-dessous:

Frais de recherche, copie et d'affranchissement :

Frais de recherche :	10.00€
Copie :	0.20€ (la feuille)
Frais d'affranchissement :	10.00€

Je souhaite consulter sur place le dossier médical

Cette consultation est assurée, uniquement sur rendez-vous, par le médecin du service de l'Information Médicale.
La personne en charge des demandes prendra contact avec le demandeur afin de fixer une dateⁱ

La présente demande est à retourner à la Direction

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

- Pour le représentant légal, d'une **copie de tout document attestant de son autorité parental** (livret de famille, jugement).
- Pour les ayants droits, d'une **copie du livret de famille** ou **d'un acte notarié**, et/ou **d'un acte de naissance** avec le lien de parenté, **copie de l'acte de décès** si le patient n'est pas décédé dans notre établissement.
- Pour le tuteur, une **copie du jugement de tutelle**

Vous pouvez l'adresser par courrier postal à l'adresse suivante :



**INSTITUT ARNAULT TZANCK
DIRECTION GENERALE
231, avenue Docteur Maurice Donat
06700 SAINT-LAURENT DU VAR**

Veillez cocher la case, dater et signer ci-dessous :

J'ai pris bonne note des délais légaux de communication et du fait que la reproduction de certaines pièces d'un dossier médical soient payantes (selon la législation en vigueur). L'envoi de ces copies est alors effectué par pli recommandé avec AR, après réception du règlement.

A, le/...../.....

SIGNATURE DU DEMANDEUR

ⁱ Pour tout renseignement : 04.92.27.38.04