

Pour le Centre Hospitalier de (cocher la case correspondante) :

MODALITES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

N° demande :

Coordonnées du demandeur :

Je, soussigné(e), M.....né(e) le.....

Adresse

Ville..... N° téléphone

Votre demande concerne :

Vous-même

Patient décédé

Nom et prénom du patient : Date de naissance :

Le dossier n'est pas communicable si le défunt s'y est opposé avant son décès. En qualité d'ayant droit, vous n'avez accès qu'aux seules informations nécessaires à la réalisation de l'un des motifs suivant et uniquement à ces informations (articles L. 1111.7 et L. 1110-4 du Code de la Santé Publique).

Motif de la demande :

- Connaître les causes du décès,
- Faire valoir les droits,
- Défendre la mémoire du défunt.

Pour les deux derniers motifs, joindre un courrier explicatif.

Patient mineur

Nom et prénom du patient : Date de naissance :

Patient sous tutelle

Nom et prénom du patient : Date de naissance :

Les éléments du dossier médical dont vous demandez copie :

Attention un dossier peut-être volumineux, il est important d'en mesurer le coût. Le compte-rendu reprend généralement la synthèse du séjour et bien souvent répondra à vos questions.

- Les informations concernant l'hospitalisation du :/...../..... au/...../..... Service :
...../...../..... au/...../..... Service :
...../...../..... au/...../..... Service :
- Une copie des éléments suivants :
 - Compte rendu d'hospitalisation
 - Compte rendu opératoire
 - Compte rendu anatomopathologique
 - Compte rendu de radiologie, échographie. Si scanner ou IRM, préciser : Compte rendu ou/et CD
 - Examens d'analyse de biologie médicale (préciser le type d'examens et les dates :
.....)
- Autres documents précisés :

Pièces à fournir :

Dans tous les cas, afin d'apporter la preuve de votre identité en tant que demandeur (article R1111-1 du Code de la Santé Publique), merci de joindre une photocopie **recto verso** de votre pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduire, passeport).

Y ajouter pour le conjoint survivant et enfant(s), une copie du livret de famille (parties parents et enfants), une copie de l'acte de décès si le patient n'est pas décédé dans l'établissement.

Y ajouter pour les ayants droits, une preuve de la qualité d'ayant droit (copie de l'acte de notoriété ou certificat d'hérédité), une copie de l'acte de décès si le patient n'est pas décédé dans l'établissement.

Y ajouter pour les représentants légaux d'un patient mineur, une copie du livret de famille (parties parents et enfants) et en cas de séparation des parents copie de l'ordonnance du juge des affaires familiales.

Y ajouter pour les représentants légaux d'un patient sous tutelle, une copie du jugement de tutelle.

Modalités d'accès aux dossier médical patient :

Conformément à la réglementation, les frais de délivrance des copies ainsi que les frais d'envoi seront à votre charge sauf bénéficiaire de la CMU (joindre justificatif).

- Par retrait sur place** des photocopies sur rendez-vous uniquement (sans consulter le dossier).
- CH Cancale : une facture vous sera adressée par courrier à votre domicile pour les documents demandés
 - CH de Dinan : le paiement sera à effectuer à la Caisse Centrale avant la remise des documents demandés
 - CH St Malo : une facture vous sera adressée par courrier à votre domicile pour les documents demandés
- Par envoi postal avec AR à mon adresse** (au recto) (ces photocopies vous seront facturées ainsi que les frais d'envoi)
- à l'adresse suivante (*si elle est différente de celle au recto*):

- Par envoi postal en recommandé avec AR au Docteur**, que j'autorise à prendre connaissance de mon dossier (ces photocopies vous seront facturées ainsi que les frais d'envoi) :
- Nom et Prénom du médecin : _____
Adresse : _____
- Par consultation sur place accompagné(e) d'un médecin du service uniquement sur rendez-vous** (cette consultation est gratuite). Si vous demandez des photocopies lors de cette consultation celles-ci vous seront facturées.

Pour information, les tarifs sont :

Prix des copies :
CD : 2.75€
Copie d'une page de document papier: 0.18 €

Date.....

Signature du demandeur :

Veillez adresser votre demande à l'adresse mail suivante : direction@cht-ranceemeraude.fr ou selon le site concerné, à l'adresse suivante :

Mr le Directeur du Centre Hospitalier
Boîte postale 114
35403 SAINT MALO Cedex

Mr le Directeur du Centre Hospitalier
Boîte postale 91056
22101 DINAN Cedex

Mr le Directeur du Centre Hospitalier
Des Prés Bosgers
35260 CANCALE