



# DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Application de la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002, du décret n° 2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique et l'arrêté du 3 janvier 2007 relatif à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

Fiche de renseignements à retourner accompagnée de votre courrier à :  
Centre Hospitalier de La Ciotat – Direction Usagers et Communication – 70 Bd Lamartine –BP 150 – 13708 La Ciotat cedex

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE PATIENT

Nom de naissance, Prénom : .....  
Nom marital : .....  
Lieu de naissance: .....  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Email : .....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Qualité du demandeur :  
 Patient  
 Représentant légal, détenteur de l'autorité parentale  
 Ayant Droit (patient décédé)(conjoint, concubin...)  
Si vous êtes ayant droit ou détenteur de l'autorité parentale, merci de préciser votre identité  
  
Nom, Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse: .....  
Téléphone : ..... Email : .....  
  
Si vous êtes ayant droit d'un patient décédé, merci de préciser les motifs de la demande (information obligatoire)  
 Connaître les causes du décès  
 Défendre la mémoire du défunt  
 Faire valoir vos propres droits  
  
**Rappel** : les ayants droits ne peuvent obtenir que les informations nécessaires à la réalisation de l'un des objectifs ci-dessus référencés.  
Il ne peut y avoir de communication de dossier complet

## NATURE DE LA DEMANDE

En vue d'une instruction adaptée à votre demande, merci de désigner les pièces, les services et les dates

Dossier Médical complet  
 Compte-rendu de consultation (préciser).....  
 Compte-rendu d'examen(s) (préciser).....  
 Compte-rendu d'hospitalisation.....  
Le(s) service(s).....  
La ou les dates.....  
 Autres pièces à préciser : .....

## MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER\*

<input type="checkbox"/> Retrait à la Direction des Usagers <input type="checkbox"/> Consultation sur place Envoi des reproductions : <input type="checkbox"/> Au demandeur <input type="checkbox"/> Au Médecin de votre choix  <input type="checkbox"/> Au Mandataire de votre choix	Nom du Médecin et Coordonnées exactes : ..... .....  Nom du Mandataire et Coordonnées exactes : ..... .....
--	---

\* Renseignements obligatoires

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR			
Patient	Ayant Droit	Détenteur Autorité Parentale	Mandataire
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pièce d'identité nationale recto verso ou passeport en cours de validité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pièce d'identité nationale recto verso ou passeport en cours de validité</li> <li>➤ Copie du certificat de décès du patient concerné</li> <li>➤ Entière copie du Livret de famille</li> <li style="text-align: center;"><u>ou</u></li> <li>➤ Acte de notoriété obtenu auprès d'un notaire ou de l'état civil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pièce d'identité nationale recto verso ou passeport en cours de validité</li> <li>➤ Entière copie du Livret de famille</li> <li>➤ Ordonnance, jugement ou arrêt rendu : Parents divorcés ou séparés de corps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pièce d'identité nationale recto verso ou passeport en cours de validité du mandant (demandeur) et du mandataire (tiers)</li> <li>➤ Mandat express à un tiers</li> </ul>

Toute demande incomplète ne sera pas traitée

FACTURATION	
<p><b>Toute reproduction du dossier ou d'une partie du dossier vous sera facturée conformément au Code de la Santé Publique (Art. 1111), sauf consultation sur place (à titre gracieux sous réserve de la non remise de copies)</b>  <b>Les frais d'expédition (en recommandé avec accusé réception) seront à votre charge, selon tarif en vigueur.</b>  <b>Un devis vous sera adressé. Le dossier vous sera remis après paiement préalable des frais de reproduction et d'envoi (chèque à l'ordre de régie admission)</b></p>	
Prix unitaire TTC de la reproduction d'une photocopie A4 Prix unitaire TTC de la reproduction d'un CD-Rom Prix unitaire TTC d'un contretypage de radiologie sur papier	0,18€ 2,75€ 1,50€

Je suis informé (e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité

SIGNATURE DU DEMANDEUR
<p>A..... Le _____ / _____ / _____</p> <p>Signature :</p>