



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 obligatoires

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE DEMANDEUR*
Qualité du demandeur : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Représentant légal, détenteur de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> Ayant Droit (patient décédé) (conjoint, concubin...) Si vous êtes ayant droit ou détenteur de l'autorité parentale, merci de préciser votre identité
Rappel : Le droit d'accès au dossier médical est exercé par les titulaires de l'autorité parentale ou les représentants légaux. Cependant, en cas d'opposition du mineur à l'information de ses parents, les parents ne peuvent avoir accès à celles-ci tant que l'opposition est maintenue.
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) <input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> 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

* Renseignements obligatoires

NATURE DE LA DEMANDE*
En vue d'une instruction adaptée à votre demande, merci de désigner les pièces, les services et les dates
Dates concernées : du Au
<input type="checkbox"/> Dossier Médical complet (préciser).....
<input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation (préciser).....
<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'examens (préciser).....
<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation..... Le(s) service(s).....
<input type="checkbox"/> Autres pièces à préciser :

* Renseignements obligatoires

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER*	
<input type="checkbox"/> Consultation sur place (<i>Recommandé – un médecin hospitalier pourra être présent pour vous accompagner</i>) <input type="checkbox"/> Retrait à la Direction des Usagers 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
➤ Pièce d'identité nationale recto verso ou passeport en cours de validité	➤ Pièce d'identité nationale recto verso ou passeport en cours de validité ➤ Copie du certificat de décès du patient concerné ➤ Entière copie du Livret de famille <u>ou</u> ➤ Acte de notoriété obtenu auprès d'un notaire ou de l'état civil	➤ Pièce d'identité nationale recto verso ou passeport en cours de validité ➤ Entière copie du Livret de famille ➤ Ordonnance, jugement ou arrêt rendu : Parents divorcés ou séparés de corps	➤ Pièce d'identité nationale recto verso ou passeport en cours de validité du mandant (demandeur) et du mandataire (tiers) ➤ Mandat express à un tiers

Toute demande incomplète ne sera pas traitée

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

En cas de présence d'une tierce personne, elle est tenue pénalement de respecter la confidentialité des informations de santé de la personne qu'elle accompagne

SIGNATURE DU DEMANDEUR
A..... Le ____/____/____ Signature :