

Nous prenons soin de vous

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX
OU D'UN DOSSIER MEDICAL PERSONNEL**

(Articles L.1111-7 et R.1111-1 à R.1111-8 du Code de la santé publique)

Je soussigné(e) : Nom : Prénom(s) :
Nom de Jeune Fille :
Né(e) le :/...../..... A :
Domicilié(e) :
.....
Téléphone :

Si le patient est mineur ou sous tutelle, qualité du demandeur :

père mère représentant légal ou tuteur

Nom du patient : Prénom : Né(e) le/...../.....

Demande à obtenir la communication des documents suivants, établis par l'établissement à mon nom ou au nom du patient à l'occasion d'une hospitalisation.

L'intégralité de mon dossier (dossier médical, dossier de soins infirmiers, et le cas échéant, dossier transfusionnel, dossier anesthésique)

ou

le compte rendu opératoire

ou

le compte rendu d'hospitalisation

ou

le ou les autres documents précisés ci-dessous:

.....

.....

Renseignements en vue de la recherche du dossier

Date d'hospitalisation :

Du :/...../.....

Au :/...../.....

Service d'hospitalisation :

Nom du médecin :

N° d'identification du dossier :
(si vous le connaissez)

Selon les modalités suivantes :

A m'envoyer en L.R.A.R. à mon adresse (indiquée ci-dessus)

Envoi postal en L.R.A.R. au Docteur :

Nom : Prénom :

Adresse :

A me remettre en mains propres, sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le secrétariat de direction).

A consulter sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service). Dans ce cas, je souhaite être assisté par un médecin : **Oui** **Non**

Nous prenons soin de vous

Le demandeur est informé :

- que les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications. Le médecin pourra donc parfois souhaiter que leur communication s'effectue avec des précautions particulières, en conformité avec ses obligations déontologiques.
- que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- que tout certificat médical doit être demandé directement auprès du cabinet du praticien.
- qu'il aura à supporter l'ensemble des frais liés aux procédures de recherches, de photocopies, de reprographies et de communication de ce dossier médical.
- que les documents seront transmis après réception du chèque libellé à l'ordre de l'établissement et adressé à la Direction de l'établissement.
- que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de réception de la présente demande (et de l'ensemble des pièces justificatives) pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens. (la loi prévoit 2 jours de réflexion pendant lequel le dossier ne peut pas être communiqué).

Date de la demande :/...../.....

Signature du demandeur

Ce document doit être adressé à la Direction de l'établissement accompagné du paiement et des pièces suivantes :

Demandeur	Pièces à fournir
Majeur capable	<ul style="list-style-type: none"> ○ copie recto verso de la pièce d'identité ○ copie de la carte vitale (ou de l'attestation)
Personne titulaire de l'autorité parentale	<ul style="list-style-type: none"> ○ copie recto verso de la pièce d'identité ○ copie recto verso de la pièce d'identité du mineur ○ copie de la carte vitale (ou de l'attestation) dont relève le mineur ○ copie du livret de famille ou de la décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale (ordonnance ou décision du juge aux affaires familiales). <p>Le mineur peut refuser à son/ses représentants légaux l'accès à son dossier ou le conditionner à la présence d'un médecin lors de sa consultation.</p>
Représentant légal d'un majeur sous tutelle	<ul style="list-style-type: none"> ○ copie recto verso de la pièce d'identité du tuteur ○ copie recto verso de la pièce d'identité du majeur protégé ○ copie de la carte vitale (ou de l'attestation) du majeur protégé ○ copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur (ordonnance du juge des tutelles).

FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI DE DOCUMENTS MEDICAUX

Nature du document demandé	Tarifs
Forfait de communication avec remise en mains propres sur rendez-vous	7 Euros
Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception	20 Euros

Chèque libellé à l'ordre de l'HOPITAL PRIVE ARRAS LES BONNETTES