

	Polyclinique Pasteur; HAD Pasteur; Polyclinique des 3 Vallées; Clinique Saint-Louis; SSR Le Colombier; SSR Les Châtaigniers	Processus : P09. Dossier patient Annexe PRT P09.1276
Date de mise à jour : 12/01/2018	Formulaire Accès aux informations du dossier médical	Référence : Formulaire P09.4203
Version : V1.11		Page 1 sur 1
Etat du document : Approuvé en date du 12/01/2018 - Validé par la cellule qualité GDR en date du 12/01/2018		

IDENTITÉ DU DEMANDEUR :

NOM de naissance : Prénom :
NOM usuel : Né(e) le :/...../....., à :
Téléphone : E-mail :@.....
Adresse :
.....

AGISSANT EN QUALITÉ DE : Patient Tuteur Titulaire de l'autorité parentale
 D'ayant-droit * Médecin Autre : précisez

* Complément d'information si vous êtes un ayant droit :

Motif de la demande : Connaître les causes de la mort Défendre la mémoire du défunt
 Faire valoir mes droits (*droit à pension, assurance et/ou à une succession*)
Motivation de la demande :
.....

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS SUR LE DOSSIER MÉDICAL DEMANDÉ :

Si vous agissez en qualité AUTRE que celle de patient, L'IDENTITÉ DU PATIENT :

NOM : Prénom :
NOM de naissance : Né(e) le :/...../....., à :

IDENTIFICATION DU SÉJOUR :

Période(s) d'hospitalisation/de prise en charge :
Service(s) concerné(s) :

DÉTAIL DES DOCUMENTS SOUHAITÉS :

Dossier médical complet Compte-rendu d'hospitalisation,
 Résultat d'analyses biologiques Autres :

MODALITÉ D'ACCÈS AU DOSSIER :

- Consultation du dossier médical sur place.
- Consultation du dossier médical sur place, en présence d'un médecin :
Vous désignez le Docteur (Nom et Prénom)
- Remise en mains propres d'une copie du dossier médical (0.18€ par copie).
- Envoi d'une copie du dossier médical à mon domicile (0.18€ par copie + prix du recommandé).

PIÈCES A FOURNIR :

Copie d'une pièce d'identité : recto/verso de votre **carte nationale d'identité** ou passeport

Justificatif de votre statut :

- représentants légaux d'un mineur : copie de tout document attestant de l'autorité parentale (*livret de famille, jugement,*).
- tuteur : copie du jugement de tutelle.
- ayant droit : copie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient et copie de l'acte notarié ou testamentaire vous désignant comme successeur.
- médecin : copie certifiée conforme de l'inscription à l'Ordre.

Fait à _____, le ___/___/_____

Signature du demandeur :

Merci de retourner ce formulaire à l'accueil afin qu'il soit remis à la direction