

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé permet l'accès direct du patient à son dossier médical.

Conformément à la réglementation, les données suivantes **sont exclues** de la communication :

- Les notes personnelles des médecins ;
- Les informations ayant été recueillies auprès de personnes n'intervenant pas dans la prise en charge du patient ;
- Les informations contenues dans le dossier et concernant des personnes autres que le patient.

Ces informations vous seront, **après étude**, et **en fonction des possibilités techniques** de l'établissement, délivrées dans un délai de 8 jours suivant réception de ce formulaire dûment complété et accompagné des justificatifs demandés. Ce délai pourra être porté à 2 mois dans certains cas, notamment lorsque les informations médicales demandées datent de plus de 5 ans.

Je soussigné(e)       Mme               Mlle               M.

NOM : ..... Prénom : .....

NOM de jeune fille :

Né(e) le ..... / ..... / ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal .....

Demander la communication :

De mon dossier médical

- Motif :     Faire valoir mes droits       Exigence d'un tiers (assurance, COTOREP)       Déménagement  
 Demander un avis médical     Pallier un besoin d'information non obtenue       Autre

Du dossier médical de :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Téléphone : .....

Dont je suis :

- Représentant légal      ➔  Père  
➔  Mère  
➔  Tuteur

Signature du mineur :

- Ayant droit d'une personne décédée      ➔  Connaître les causes du décès  
**Motif obligatoire de la demande**      ou  
(un seul motif est à renseigner)      ➔  Défendre la mémoire du défunt  
ou  
➔  Faire valoir des droits

**Pièces à joindre obligatoirement à votre demande :**

- ✓ Dans tous les cas, la **photocopie recto/verso de vos papiers d'identité en cours de validité**.
- ✓ Si vous êtes ayant droit d'une personne décédée, la **photocopie du livret de famille et un certificat d'hérédité ou une attestation dévolutive successorale**
- ✓ Si vous êtes titulaire de l'autorité parentale, **une photocopie du livret de famille**.
- ✓ Si vous êtes le représentant légal d'une personne placée sous tutelle, **l'ordonnance du juge vous désignant en tant que tel**.

**A défaut de pouvoir produire l'un des documents ci-dessus, toute autre pièce permettant de justifier vos droits.**

### Nature de la demande

Je demande la partie du dossier relative à une ou des hospitalisations précises :

Belfort

Montbéliard

Trévenans

Du ...../...../..... au ...../...../..... Service / médecin:.....

Du ...../...../..... au ...../...../..... Service / médecin:.....

Du ...../...../..... au ...../...../..... Service / médecin:.....

Je demande des pièces particulières du dossier :

Certificat médical

Compte rendu d'examen radiologique

Compte rendu d'hospitalisation ou de consultation

Radiographies

Correspondances médicales

Examens de laboratoires

Autres :

### Mode de communication des éléments du dossier médical :

Afin de vous permettre une meilleure compréhension, **notre établissement vous recommande de vous faire accompagner d'un médecin lorsque vous prendrez connaissance de ces informations.**

Envoi postal recommandé avec A.R. à mon adresse.

Envoi postal recommandé avec A.R. à un médecin que je désigne :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Remise en mains propres.

### Information sur les frais de reproduction et d'envoi :

J'ai bien noté que l'établissement m'adressera une facture correspondant aux frais de reproduction et éventuellement d'envoi des éléments sollicités, conformément à la réglementation.

Tarifs TTC :

➤ 0,25\* euros pour un format A4 noir et blanc

➤ 0,40\* euros pour un format A3 noir et blanc

➤ de 2,20\* à 5,10\* euros pour un cliché radio selon le format

➤ 3,50\* euros pour un CD-Rom

➤ + Frais d'envoi recommandé avec A.R. (tarif selon poids de l'envoi) ou sans frais d'envoi si consultation sur place

\* Tarifs applicables au 01/10/2022

Ce document est à retourner **par courrier** au Service de Gestion des Dossiers Patients, **accompagné des justificatifs** à l'adresse suivante :

**Service de Gestion des Dossiers Patients: 100 route de Moval - CS 10499 - TREVENANS - 90015 BELFORT Cedex**

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

Signature :

### Cadre réservé à l'administration

Date de réception de la demande au service des archives médicales : ..... / ..... / .....

Date d'envoi des documents : ..... / ..... / .....