

Demande de communication de documents médicaux

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 :

Demande la communication :

de mon dossier médical

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

du dossier médical de :

NOM : Prénom :

Né(e) le : / / Téléphone :

Dont je suis :

<input type="checkbox"/> Représentant légal	→ <input type="checkbox"/> Père	Signature du mineur :
	→ <input type="checkbox"/> Mère	
	→ <input type="checkbox"/> Tuteur	

Ayant droit d'une personne décédée

Motif obligatoire de la demande → connaître les causes du décès
→ défendre la mémoire du défunt
→ 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 l'ensemble du dossier constitué par le Centre Hospitalier sur le site de :

Belfort Montbéliard Trevenans

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

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

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

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

Je demande des pièces particulières du dossier :

certificat médical

compte rendu d'hospitalisation ou de consultation

correspondances médicales

compte rendu d'examen radiologique

radiographies

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 :

Sur rendez-vous, consultation sur place dans le service, en présence d'un médecin.

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 selon les tarifs suivants :

➤ 0,18* euros pour un format A4 noir et blanc

➤ 0,36* euros pour un format A3 noir et blanc

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

➤ 2,75* euros pour un CD-Rom

➤ + Frais d'envoi recommandé avec A.R. ou sans frais d'envoi si consultation sur place

* Tarifs applicables au 01/10/2011

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 : / /