

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 :

☐ Représentant légal ➔ ☐ Père
 ➔ ☐ Mère
 ➔ ☐ Tuteur

☐ **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 :

La première demande de copie de dossier médical n'entraînera pas de frais de reproduction.

J'ai bien noté que l'établissement m'adressera une facture correspondant aux frais de reproduction pour une deuxième demande et aux frais d'envoi pour toute demande 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 01/01/2024

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 : / /