

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical.

Pour pouvoir satisfaire à votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire ci-dessous et de le retourner à la Direction de la clinique.

Je soussigné(e) : Mme Mlle Mr

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Souhaite obtenir :

- L'intégralité de mon dossier médical
- Le compte rendu d'hospitalisation
- Autres pièces (à préciser) :

Il est recommandé pour faciliter les recherches, de nous fournir un maximum de renseignements concernant votre demande (date de consultation, période d'hospitalisation, service concerné)

Veillez nous préciser le mode de communication souhaité de votre dossier :

- Consultation sur place
- Consultation sur place avec remise de copies
- Envoie de copies

Afin que nous puissions donner suite à votre demande, il est impératif de nous fournir **une copie de votre carte d'identité**, de votre **passport** ou de votre **permis de conduire**.

Il vous est recommandé, d'une manière générale, d'être accompagné(e) d'une tierce personne lors de la consultation d'informations à caractère médical.

A....., le.....

Signature

Vous trouverez en annexe, les modalités de facturation pour la duplication des dossiers médicaux

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UN TIERS (Mineur ou personne sous tutelle).

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un mineur dont vous avez l'autorité parentale ou celui d'une personne placée sous votre tutelle.
Pou pouvoir satisfaire à votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire ci-dessous et le retourner à la Direction de la clinique.

Je soussigné(e) : Mme Mlle Mr

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Souhaite obtenir :

- L'intégralité du dossier médical
- Le compte rendu d'hospitalisation
- Autres pièces (à préciser) :

de : Mme Mlle Mr

Nom :Prénom(s):

Lien avec le patient : Parent Représentant légal Autres

Il est recommandé pour faciliter les recherches, de nous fournir un maximum de renseignements concernant votre demande (date de consultation, période d'hospitalisation, service concerné).

Veillez nous préciser le mode de communication souhaité de votre dossier :

- Consultation sur place
- Consultation sur place avec remise de copies
- Envoi de copies

Afin que nous puissions donner suite à votre demande, il est impératif de nous fournir **une copie de votre carte d'identité**, de votre **passport** ou de votre **permis de conduire**.

Une copie du **livret de famille** attestant de votre filiation ou une copie de **l'ordonnance du juge des tutelles**

Il vous est recommandé, d'une manière générale, d'être accompagné(e) d'une tierce personne lors de la consultation d'informations à caractère médical.

A....., le.....

Signature

Vous trouverez en annexe, les modalités de facturation pour la duplication des dossiers médicaux

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UNE PERSONNE DECEDEE

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un défunt.
Pou pouvoir satisfaire à votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire ci-dessous et le retourner à la Direction de la clinique.

Je soussigné(e) : Mme Mlle Mr

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Souhaite obtenir :

- L'intégralité du dossier médical
- Le compte rendu d'hospitalisation
- Autres pièces (à préciser) :

de : Mme Mlle Mr

Nom :Prénom(s):

Lien avec le patient : Parent Représentant légal Autres

Motif de la demande :

- Faire valoir un de vos droits (précisez lequel).....
-
- Connaitre les causes du décès du patient
- Défendre la mémoire du défunt (pour quel motif ?) :
-

Il est recommandé pour faciliter les recherches, de nous fournir un maximum de renseignements concernant votre demande (date de consultation, période d'hospitalisation, service concerné)

Veillez nous préciser le mode de communication souhaité de votre dossier :

- Consultation sur place
- Consultation sur place avec remise de copies
- Envoie de copies

Afin que nous puissions donner suite à votre demande, il est impératif de nous fournir :
Une copie de votre **carte d'identité**, de **votre passeport** ou de votre **permis de conduire**.
Une copie du **livret de famille** attestant de votre filiation ou une copie de **l'acte de décès du patient**.
Il vous est recommandé, d'une manière générale, d'être accompagné(e) d'une tierce personne lors de la consultation d'informations à caractère médical.

A....., le.....

Signature

Vous trouverez en annexe, les modalités de facturation pour la duplication des dossiers médicaux

FACTURATION DES COPIES DE DOSSIERS MEDICAUX TARIFS APPLICABLES AU 1^{ER} AVRIL 2003

La loi n° 2002- 303 du 4 mars 2002 relative aux divers droits des malades et à la qualité du système de santé et le décret n° 2002- 637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé ont modifié la réglementation applicable au dossier médical.

La consultation sur place des dossiers médicaux est toujours gratuite et peut être l'occasion d'un échange avec un praticien

Copie d'une feuille de format A4 ou équivalent en impression noir et blanc Une feuille de format A3 correspond à 2 feuilles de format A4	0, 18 €
Copie d'une radiographie , IRM ou scanner de format 36 / 43	4, 78 €
Frais d'expédition	Tarif en vigueur appliqué par la Poste

Le paiement devant être effectué préalablement à la remise de copies, une « Demande de paiement » indiquant la somme due sera adressée à réception des justificatifs d'identité par la Clinique

Une fois le paiement effectué, il vous est possible de venir chercher la copie de votre dossier en personne ou de mandater quelqu'un pour le retirer auprès de la DIRECTION.

Toutefois, il vous est conseillé d'avertir de votre venue, afin que les documents soient prêts.