



Formulaire de demande d'accès au dossier médical

FORM/PC/044
Date : 27/05/2021
Version 3
Nbre de pages 2

I – IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Téléphone :

Agissant en qualité de :

<input type="checkbox"/> Patient	Fournir la copie d'une pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Tuteur	Fournir les copies : - d'une pièce d'identité du demandeur - de l'ordonnance du juge des tutelles
LORSQUE LE PATIENT EST DECÉDÉ	
<input type="checkbox"/> Ayant droit (du patient décédé) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Frère / sœur <input type="checkbox"/> Père/mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre parent	Fournir les copies : - d'une pièce d'identité du demandeur - de la preuve de la qualité d'ayant droit (copie du livret de famille ou acte notarié ou acte de naissance ou certificat d'hérédité ou contrat particulier) - ainsi que la copie du certificat de décès Votre demande doit être motivée en application de l'article L.1110-4 du code de la santé publique : <input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Faire valoir ses droits <input type="checkbox"/> Autre, à préciser NB : sauf volonté contraire du défunt (article L. 1110-4 al.7 du code de la santé publique) en cas de directives anticipées.

II – DOSSIER MEDICAL FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Séjour(s) concerné(s) : période(s) d'hospitalisation :

Du Au

Du Au.....



Formulaire de demande d'accès au dossier médical

FORM/PC/044
Date : 27/05/2021
Version 3
Nbre de pages 2

Documents demandés : les copies seront facturées 0.20 € la page + les frais d'envoi

- Dossier complet
- Compte-rendu d'hospitalisation (précisez)
- Compte-rendu opératoire (précisez)
- Compte-rendu de consultation (précisez)
- Résultats d'examens (précisez)
- Dossier infirmier (précisez)

III – MODALITE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Sur place :

- je viendrai seul accompagné d'une tierce personne ou d'un médecin

Je souhaite la présence du médecin du Centre de Lordat OUI NON

Prendre rendez-vous auprès du secrétariat médical en appelant le standard au 04.11.69.07.00.

Envoi de copie :

- A l'adresse du demandeur en recommandé avec accusé de réception
- A l'adresse du médecin ci-dessous désigné en recommandé avec accusé de réception

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone :

- Remise des copies en main propres

Ce formulaire ainsi que les photocopies des pièces d'état civil doivent être transmis à :

**Madame la Directrice du SSR Centre de Lordat
Pôle de Santé – 1 Allée des Lilas
11400 CASTELNAUDARY**

Fait àle Signature :

(Réponse vous sera adressée dans les 8 jours après réception du formulaire complété et accompagné de l'ensemble des pièces justificatives cf Art L 1111-7 de la loi 2011-803 du 05/07/2011)