



## Formulaire de demande de communication d'un dossier médical et / ou d'informations médicales d'un patient à son représentant légal

(Article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique)

### IDENTITE

Je soussigné(e) (NOM – Prénom) : .....

Né(e) le : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| à .....

Domicilié(e) au : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_| VILLE : .....

Numéro de ☎ : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ou ☎ : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### IDENTITE DU PATIENT

Votre demande concerne :

NOM – Prénom : .....

Né(e) le : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| à .....

Nature du lien avec la personne :  autorité parentale  tuteur  curateur

### NATURE DE LA DEMANDE

L'ensemble des informations contenues dans le dossier peut être consulté ou communiqué. Néanmoins, il ne vous est pas forcément nécessaire d'accéder à l'ensemble des dossiers. Afin de répondre précisément à votre demande et limiter le frais de reproduction, veuillez préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès.

- Ensemble du dossier médical
- Partie du dossier médical correspondant à l'hospitalisation  
du |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| au |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|
- Pièces particulières du dossier :
- Lettre de sortie  Compte-rendu opératoire
- Consultation d'anesthésie  Examens biologiques
- Prescriptions
- Autres, précisez .....
- pour toutes les hospitalisations  pour une hospitalisation en particulier,  
du |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| au |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

### MODALITE DE CONSULTATION / COMMUNICATION

Vous pouvez soit consulter le dossier sur place en présence du médecin du département d'informations médicales, soit obtenir une copie de ce dossier (à vos frais), que vous pourrez venir récupérer à la Clinique, ou vous faire envoyer à votre domicile ou à l'adresse de votre médecin.

Souhaitez vous :

- consulter le dossier sur place (consultation gratuite)
- une copie de votre dossier, que vous viendrez **récupérer à la Clinique** lors d'un rendez-vous
- une copie de votre dossier, envoyée par **voie postale**
- L'envoi devra se faire :  à votre domicile
- à l'adresse de votre médecin, précisez .....

## PIECES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES

*Pour obtenir une copie du dossier médical ou le consulter il faut justifier de votre identité et de vos liens de parenté avec la personne concernée ; veuillez donc nous faire parvenir :*

- une copie de votre pièce d'identité
- une copie de la pièce justifiant la nature des liens avec la personne concernée
- une lettre expliquant vos motivations

## FRAIS DE REPRODUCTION

*Si vous ne souhaitez qu'une consultation, cette rubrique ne vous concerne pas.*

Dans le cas d'une demande de copie de votre dossier médical, que vous viendrez récupérer à la Clinique du Diaconat lors d'un rendez-vous, les frais de reproductions s'élèvent à : \_\_\_\_\_ €

Si vous souhaitez un envoi postal de votre dossier, il est nécessaire d'ajouter aux frais de reproduction les frais postaux qui s'élèvent à **4, 70 €** si vous souhaitez que l'envoi soit fait en recommandé avec accusé de réception ou \_\_\_\_\_ € si vous souhaitez recevoir votre dossier par courrier simple.

Fait à : .....

Signature :

Le : .....