



DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER DU PATIENT

À retourner, accompagnée des justificatifs à :
Monsieur le Directeur de la MAISON DE SANTÉ DE NOGENT-SUR-MARNE,
30, rue de Plaisance 94130 NOGENT-SUR-MARNE

Cadre réservé à l'établissement

Date de réception de la demande : IPP : IST : Psychiatre référent :
Dossier complet Oui Non Elément manquant demandeur informé le :
Date du RDV sur place : Date d'envoi du dossier : n°AR :

Décret n°2002-637 du 19 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé et Loi du 4 mars 2002 sur le droit du malade et la qualité du système de santé et réglementation RGPD.

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : Patient Tuteur

Ayant droit : Conjoint(e) marié(e) Enfants Partenaire de PACS Père, mère Concubin Frère, sœur

Civilité : Mme M. Autre / Non binaire

Nom de Naissance : Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

Nom d'usage : Prénom :

Votre adresse : N° Rue.....

Code Postal : Ville :

Téléphone : Domicile : Portable :

Adresse mail :

IDENTITÉ DU PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Seuls les ayants droit du patient décédé peuvent accéder à son dossier médical sauf s'il a exprimé un refus en ce sens de son vivant. De plus, l'accès ne concerne que les pièces strictement nécessaires à faire valoir leurs droits, à la défense de la mémoire du défunt ou à la compréhension des causes du décès (article L. 1111-4 du Code de la santé publique). La notion d'ayant droit désigne les successeurs légaux du défunt conformément aux dispositions du Code civil, tels que conjoint successible, les enfants et descendants ou les pères et mères.

Civilité : Mme M. Autre / Non binaire

Nom de Naissance : Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

Nom d'usage : Prénom :

Patient décédé le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

Motif de la demande (à cocher) : *Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre aux trois motifs prévus par la Loi (art. L1110-4 du Code de la santé publique).*

- Connaître les causes du décès
 Faire valoir les droits du défunt (joindre une lettre expliquant le motif)
 Défendre la mémoire du défunt (joindre une lettre expliquant le motif)

JUSTIFICATIFS À JOINDRE À LA DEMANDE

Dans tous les cas joindre :

Photocopie recto verso de la carte d'identité ou du passeport du demandeur

Y ajouter pour les ayants droit :

- copie de l'acte de décès et preuve de la qualité d'ayant droit ;
- copie du livret de famille (*enfant du défunt ou son époux/épouse*) ;
- copie du PACS ou de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (*partenaire du défunt*) ;
- certificat de vie commune (ou de concubinage) ;
- acte de notoriété/certificat d'hérédité (*héritier autre*).

Y ajouter pour le tuteur :

Copie du jugement de tutelle

ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS

Séjour du : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

Temps complet

Hospitalisation de jour

Compte-rendu d'hospitalisation

Intégralité du dossier

Autre(s) document(s) à préciser :

MODALITÉS DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

Délai de réception : à réception de votre demande, l'établissement se doit de respecter les délais réglementaires de communication du dossier médical (article L.111-7 du Code de la santé publique), qui sont de :

- 2 à 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans ;
- 2 mois pour les dossiers de plus de 5 ans.

Frais de copie et d'envoi : s'il s'agit de votre première demande, cette première copie vous sera transmise sans frais. Pour toute demande supplémentaire, les frais de copie et d'envoi de tout ou partie du dossier médical patient donnent lieu à facturation.

- Coût de la page copiée : 0,18€.
- Coût de l'envoi par lettre recommandée avec avis de réception : tarifs postaux en vigueur.
- Consultation sur place avec accompagnement médical : gratuit.

Vous souhaitez (à cocher) :

Un envoi postal des copies en recommandé avec accusé de réception.

Une remise des copies en mains propre (un rendez-vous vous sera proposé par téléphone).

Une consultation du dossier sur place : un accompagnement médical peut être souhaitable pour vous aider à mieux comprendre les informations (un rendez-vous vous sera proposé par téléphone).

Un envoi des copies à un médecin de votre choix – précisez ses coordonnées :

Docteur : Prénom :

Adresse : N° Rue

Code Postal : Ville :

Je soussigné(e),

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Déclare avoir pris connaissance des modalités relatives à la transmission du dossier médical.

J'ai bien noté que la copie du dossier médical me sera remise ou adressée qu'à réception des justificatifs nécessaires et du paiement des frais de reproduction et postaux éventuels dont le montant me sera communiqué aupréalable.

Fait le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|, à

Signature du demandeur

(précédée de la mention « lu et approuvé »)