

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS MÉDICALES

A retourner, accompagné des justificatifs à :
Monsieur le Directeur de la MAISON DE SANTE DE NOGENT SUR MARNE,
30, rue de Plaisance 94130 NOGENT SUR MARNE

Cadre réservée à l'établissement

Date de réception de la demande IPP : IST : Psychiatre référent :
Dossier complet Oui Non Elément manquant demandeur informé le :
Frais de photocopie : pages X 0.18€ - Montant total facturé : demandeur informé le : Réception règlement le :
Date du RDV sur place : Date d'envoi du dossier :

Décret 2002-637 du 29 avril 2002 de la Loi du 4 mars 2002 sur le droit du malade et la qualité du système de santé

IDENTITE DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur :

Patient Tuteur

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

Civilité : Mme Mr

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

Nom d'usage : Prénom :

Votre adresse : N° Rue

Code Postal : Ville :

Téléphone : Domicile : Portable :

Adresse mail :

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (Si différent du demandeur)

Seuls les ayants droits 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 le conjoint successible, les enfants et descendants ou les pères et mères.

Civilité : Mme Mr

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 A JOINDRE A LA DEMANDE

Dans tous les cas joindre:

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

Y ajouter pour les ayant-droits:

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

ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES

Séjour du : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

Temps complet Hospitalisation de jour

Compte rendu d'hospitalisation

Intégralité du dossier

Autre document à préciser :

MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

Délai de réception: À réception de votre demande, l'établissement se doit de respecter les délais règlementaires 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 : Les frais de copie et d'envoi de tout ou partie du dossier médical patient donnent lieu à facturation.

- Coût de la page copié : 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),

Monsieur, Madame,.....

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 dont le montant me sera communiqué au préalable.

Fait le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|, à.....

Signature du demandeur

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

