

# DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT

Application de la loi n°2002.303 du 4 mars 2002, du décret n°2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique et de l'arrêté du 5 mars 2004 relatif à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

## IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM :	ADRESSE POSTALE :	
PRENOM :	CODE POSTAL :	VILLE :
DATE DE NAISSANCE :	TELEPHONE :	

## ETABLISSEMENT ET/OU SERVICE CONCERNE PAR LA DEMANDE

Désignation de l'établissement	Si nécessaire désignation du service

## DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES

<input type="checkbox"/> DOSSIER MEDICAL COMPLET (ensemble des pièces listées ci-dessous) ----- <b>Ou uniquement :</b> -----  <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS DE CONSULTATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS OPERATOIRES <input type="checkbox"/> DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE <input type="checkbox"/> CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE <input type="checkbox"/> EXAMENS DE BIOLOGIE	<input type="checkbox"/> DOSSIER INFIRMIER (Transmissions, surveillances et soins paramédicaux lors d'hospitalisation)  <input type="checkbox"/> CLICHES D'IMAGERIE : <input type="checkbox"/> TOUS <input type="checkbox"/> SEULEMENT CERTAINS :  <input type="checkbox"/> AUTRES PIECES :
---	---

## MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

<p align="center"><b><u>RETRAIT auprès de l'établissement :</u></b></p> <input type="checkbox"/> <b>Par vous-même</b> (se munir d'une pièce d'identité) <input type="checkbox"/> <b>Par une tierce personne</b> (se munir de votre pièce d'identité, de celle du patient et d'une procuration)  <input type="checkbox"/> <b>CONSULTATION SUR PLACE</b> organisée par la direction en lien avec le service concerné.  <p><i>Afin de garantir la confidentialité des informations qui vous seront transmises, aucune information médicale ne sera transmise par courriel ou par fax</i></p>	<p align="center"><b><u>ENVOI des reproductions :</u></b></p> <input type="checkbox"/> A VOUS-MEME ----- <b>ou</b> ----- <input type="checkbox"/> AU MEDECIN DE VOTRE CHOIX : - Nom du médecin : - Adresse postale du médecin :  <p>Les frais d'expédition en recommandé avec accusé réception seront à votre charge  <b><u>Le dossier vous sera remis contre paiement des frais de reproduction et d'envoi s'il y a lieu.</u></b></p>
--	--

\* cocher la ou les case(s) correspondante(s)

## LES FRAIS DE REPRODUCTION DU DOSSIER SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR

Prix unitaire de la reproduction d'une photocopie A4	0,18 €
Prix unitaire de la reproduction d'une photocopie A3	0,36 €
Prix unitaire de la reproduction d'un CD-Rom	2,75 €

## PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

**COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DU PATIENT RECTO/VERSO en cours de validité**

Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans mon dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

**Je consens à régler les frais inhérents à ma demande.**      Date de la demande :      Signature :

*Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse de l'établissement concerné*