

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Clinique Mutualiste – Secrétariat de direction

3 Rue le Verrier – BP 209 – 42013 SAINT ETIENNE CEDEX

Téléphone : 04.72.12.10.04/05

Mail : cliniquedirection@mutualite-loire.com

Le dossier médical est propriété de l'établissement, mais vous pouvez effectivement, comme la loi du 4 mars 2002 vous y autorise, avoir accès aux informations contenues dans ce dossier. Cet accès est assujéti à certaines précautions. Nous souhaitons respecter le droit d'information des patients, mais devons rester vigilants à la confidentialité des données que nous détenons.

IDENTITÉ DU PATIENT

Civilité : Madame Monsieur

Nom de famille : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Pour un **patient décédé**, le **motif doit obligatoirement être précisé**. Seules les informations permettant de connaître les **causes du décès**, de **défendre la mémoire du défunt** ou de **faire valoir en droit**, peuvent être communiquées à ses ayants droits, à moins que le patient ne s'y soit opposé de son vivant (*Article L 1110-4 du Code de la santé publique*).

Motif de la demande :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt Précisez :

Faire valoir en droit Précisez :

Date du décès :

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : Patient Tuteur Ayant-droit Représentant légal Médecin

Civilité : Madame Monsieur

Nom de famille : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Mobile :

Mail :

DOCUMENTS À JOINDRE AVEC LA DEMANDE

Demandeur	Conditions	Documents à joindre avec la demande
Patient		- Copie recto verso de votre pièce d'identité ou passeport
Tuteur	Pour les majeurs protégés	- Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur - Copie recto verso de la carte d'identité du majeur protégé - Copie de l'ordonnance du juge des tutelles
Ayant-droit	Pour les patients décédés	- Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur - Copie du document attestant de la preuve de la qualité de l'ayant droit (livret de famille, acte notarié, acte de naissance, certificat d'hérédité ou contrat particulier) - Acte de décès
Représentant légal	Pour les mineurs	- Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur - Copie carte d'identité du mineur - Copie du livret de famille ou acte de naissance
Médecin désigné comme intermédiaire		- Copie recto verso de la carte d'identité du patient - Document autorisant le médecin à faire la demande

PIÈCES DEMANDÉES

- Intégralité du dossier médical
- Certaines pièces
- Résultats d'examen
 - Comptes rendus de consultation
 - Comptes rendus d'intervention
 - Comptes rendus d'hospitalisation
 - Comptes rendus de radiologie
 - Feuilles de surveillance
 - Correspondances entre professionnels de santé
 - Autres Précisez :
- Date du ou des séjour(s) concerné(s) par la demande :
- Nom du ou des spécialiste(s) rencontré(s) :

MOTIF DE LA DEMANDE

Motif de la demande :

.....

COMMUNICATION DU DOSSIER

DÉLAI

Dossier datant de moins de 5 ans : communiqué dans un délai de minimum 48 heures et 8 jours maximum (à compter de la réception de la demande complète)

Dossier datant de plus de 5 ans : communiqué dans un délai de 48 heures minimum et 2 mois maximum (à compter de la réception de la demande complète)

RETRAIT DU DOSSIER MÉDICAL

- Recevoir les éléments du dossier médical par voie postale via une lettre recommandée
- Récupérer les éléments du dossier médical à la Clinique (se présenter muni de sa pièce d'identité)
- Rendez-vous avec un praticien pour une communication commentée du dossier

FRAIS D'ENVOI

Toute demande de transmission du dossier médical ou d'éléments du dossier médical **par voie postale** donnera lieu à des frais incombant au demandeur. Les envois se font exclusivement en RAR, à réception du règlement afférent aux tarifs en vigueur (La Poste).

Ce formulaire de demande d'accès au dossier médical est à retourner **par courrier accompagné des justificatifs demandés**.

Date :

Signature :