

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

À renvoyer à l'adresse contact@imagerie-enosis.fr

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : ☐ Patient ☐ Tuteur ☐ Curateur ☐ Ayant-droit ☐ Représentant légal

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél Mobile :

Courriel :

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

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Cas particulier : patient décédé le (seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande)

JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE

Patient :

- ☐ carte nationale d'identité
- ☐ Passeport

Tuteur, Représentant légal :

- ☐ carte nationale d'identité
- ☐ acte judiciaire

Ayant-droits (dans le cas où le patient est décédé) : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte de décès et suivant sa qualité :

- ☐ copie du livret de famille (enfant du défunt ou son époux/épouse)
- ☐ copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (*partenaire du défunt*)
- ☐ certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage, signée des concubins
- ☐ et/ou certificat d'hérédité / acte notarié (*héritier autre*)

La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer que si le patient, de son vivant, ne s'y est pas opposé. Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent.

A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, parmi les trois suivants :

- ☐ Connaître les raisons du décès
- ☐ Défendre la mémoire du défunt
- ☐ Faire valoir vos droits

Pour les deux derniers motifs (défendre la mémoire du patient, faire valoir vos droits), vous devez détailler votre demande (toute demande incomplète ne pourra pas être traitée).

Précisez :
.....

LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS (à cocher)

- ☐ Compte-rendu de l'examen
- ☐ CDROM
- ☐ Intégralité du dossier :
- ☐ Autres pièces (précisez) :

Date de l'examen :

MODALITÉS DE COMMUNICATION

Délai ¹: les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Tarif : L'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur.

Vous souhaitez (case à cocher) :

- ☐ Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception (*facturés au tarif en vigueur*).
- ☐ Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone.
- ☐ Un envoi à un médecin de votre choix (*envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur*).
- ☐ Un envoi par mail. Dans ce cas, vous reconnaissez avoir été informé que l'envoi par mail peut présenter des risques (perte, erreur, accès non autorisé) et que vous préférez ce mode de transmission malgré les autres solutions plus sécurisées proposées par l'établissement. L'établissement ne pourra pas être tenu responsable en cas de problème lié à cet envoi.

Précisez les coordonnées :
.....

Je, soussigné(e), M.....
reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Date :

Signature (manuscrite obligatoire) :

Partie à remplir par le service d'imagerie :

Demande reçue le : _____

Signature
(nom, prénom et signature)

¹ Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique).