

Demande d'accès au dossier médical

La demande est à formuler par l'intermédiaire de cet imprimé, daté, signé et accompagné des justificatifs demandés. Nous attirons votre attention sur le caractère strictement **personnel** des informations que vous allez détenir, notamment vis-à-vis de tierces personnes, y compris à des organismes d'assurances.

Par courrier : Direction du Centre Hospitalier de Denain, 25 Av. Jean Jaurès, 59220 Denain, 0327243299

1. Identité du demandeur (joindre une copie recto verso de la pièce d'identité)

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
Date de naissance : Lieu :
Domicilié(e) à :
Code Postal : Ville :
Numéro de téléphone : - Mail :

Demande la communication

Pour la période du/...../..... au/...../..... Service :

- ☐ de mon dossier médical
- ☐ du dossier de mon enfant mineur (**remplir case 2**) en qualité de représentant légal (**joindre une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance avec filiation datant de moins de 3 mois**)
- ☐ du dossier d'une personne protégée (**remplir case 2**) en qualité de tuteur (**joindre une copie du jugement + une copie de la pièce d'identité de la personne protégée**)
- ☐ du dossier d'une personne décédée (**remplir case 2 et impérativement la case 5**) en qualité d'ayant droit (héritier de la personne décédée) (**joindre une copie de tout document attestant de votre qualité d'ayant droit : livret de famille, acte notarié**)

2. Identité du patient

(si différent du demandeur, lorsque le patient sollicite un intermédiaire afin d'obtenir son dossier patient, le mandat exprès est alors obligatoire avec justificatif des deux identités à savoir, celle du mandant - le patient et celle du mandataire - le demandeur)

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu :
Pour la période du/...../..... au/...../..... Service :

3. Motivation de la demande d'un ayant droit (héritier d'une personne décédée)

L'accès d'un ayant droit aux informations médicales d'une personne décédée est strictement encadrée ;

Le décès d'une personne ne met pas fin au secret protégeant sa vie privée ni au secret médical

Plusieurs conditions doivent être remplies :

- La personne décédée ne doit pas de son vivant s'être opposée à cette communication
- Le demandeur doit avoir la qualité d'ayant droit
- La demande doit être expressément fondée sur une ou plusieurs des trois motivations (art.L1110-4 CSP)
 - Connaître les causes de la mort
 - Défendre la mémoire du défunt,
 - Faire valoir vos droits

Demande d'accès au dossier médical

Le Centre Hospitalier de Denain n'est tenu de communiquer à l'ayant droit que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'il poursuit.

Vous souhaitez :

- ☐ Connaître les causes du décès
- ☐ Défendre la mémoire du défunt, (à préciser obligatoirement)

☐ Faire valoir vos droits (à préciser obligatoirement)

De quel(s) droit(s) s'agit-il :

Quelles sont les informations relatives à la santé de la personne décédée vous sont nécessaires pour y répondre

4. Nature des documents demandés

- ☐ Courrier du médecin traitant
- ☐ Dossier d'admission, service des Urgences
- ☐ Comptes rendu divers
- ☐ Examens biologiques ou d'anatomie pathologique
- ☐ Observations médicales et paramédicales
- ☐ Prescriptions médicales
- ☐ Diagramme de soins
- ☐ Feuilles de surveillance
- ☐ Fiches de liaison
- ☐ Explorations fonctionnelles
- ☐ Electrocardiogramme
- ☐ Duplicatas de clichés d'imagerie (scanner, IRM, etc.)
- ☐ Lettre de sortie
- ☐ Autres à préciser :

La réédition des clichés d'imagerie médicale sur CD ou un autre support, est possible sous 8 jours et moyennant **7 euros par chèque**.

5. Modalités d'accès souhaitées

- ☐ à mon domicile (un chèque vous sera demandé pour l'envoi en recommandé avec accusé de réception; le montant varie en fonction du poids du dossier et vous sera communiqué par téléphone ou par e-mail)
- ☐ retrait des copies sur place
- ☐ au médecin que je désigne :

Nom Prénom

Adresse

N°Téléphone :

- ☐ Consultation sur place, demande à être accompagné(e) d'un médecin du service concerné.

Fait à

Le / /

Signature du demandeur

MANDAT EXPRES

ENTRE LES SOUSSIGNÉS :

En tant que Mandant :

☐ M. ☐ Mme. Nom _____ Nom de jeune fille _____
Prénom _____

Demeurant _____

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

(Joindre pièce justificative d'identité)

ET

En tant que Mandataire :

☐ M. ☐ Mme. Nom _____ Nom de jeune fille _____
Prénom _____

Demeurant _____

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

(Joindre pièce justificative d'identité)

D'AUTRE PART

Mandants aux présentes, déclarons nous constituer l'un et l'autre mutuellement pour Mandataire exprès de

l'autre qui l'accepte.

Le Mandataire pourra procéder en lieu et place du Mandant pour récupérer le dossier patient du Mandant.

Fait à _____, le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du Mandant
précédée de la mention manuscrite
« Bon pour mandat »

Signature du Mandataire
précédée de la mention manuscrite
« Bon pour acceptation du mandat »

A compléter par le service

Dossier remis le :/...../..... Nom de la personne qui remet le dossier

Signature du mandataire :