

Formulaire de demande de communication de dossier médical du patient

Le demandeur

Madame Monsieur Nom : Nom de jeune fille :
Prénom :

Adresse :

C.P. : Ville : Tél. :

Qualité du demandeur

Patient Tuteur Titulaire de l'autorité parentale Ayant droit / concubin / partenaire de pacs*

Motivation si la demande concerne un(e) patient(e) décédé(e)*

Connaitre les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt, pour les motifs suivants* :

.....
.....
.....

Faire valoir vos droits, pour les motifs suivants* :

.....
.....

Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus.

Identité du dossier

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Né(e) le :

N° Sécurité Sociale : . / . . / . . / . . . / . . . / . .

Service d'hospitalisation : Période d'hospitalisation :

Nature de la demande

Consultation d'une partie du dossier correspondant à une hospitalisation particulière (préciser la période et/ou le service de soins) :

.....

Consultation de(s) pièce(s) du dossier (préciser lesquelles) :

.....

Consultation de l'ensemble du dossier

Modalités de communication

Souhaitez-vous un accompagnement médical : OUI NON

Consultation sur place uniquement sur rendez-vous (gratuit)

Retrait sur place des documents (9€) Envoi postal (15€)

En cas d'envoi postal au médecin de votre choix, préciser ses coordonnées :

Docteur :

Adresse :

C.P. : Ville :

Fait à, le Signature :

* (à préciser obligatoirement)

Pièces à joindre à la demande

Dans tous les cas vous devez joindre **une copie recto/verso d'une pièce justifiant de votre identité.**

QUALITÉ DU DEMANDEUR	PIÈCES À FOURNIR
Patient	Copie recto/verso d'une pièce d'identité
Ayant droit*	<ul style="list-style-type: none">• Copie de l'acte de décès• Copie d'un ou des document(s) justifiant de votre qualité d'ayant-droit :<ul style="list-style-type: none">- Votre extrait d'acte de naissance- Acte de notoriété- Contrat vous désignant comme bénéficiaire
Tuteur	<ul style="list-style-type: none">• Copie du jugement ou arrêt rendu
Titulaire de l'autorité parentale* <ul style="list-style-type: none">• Parents mariés sans décision judiciaire modifiant l'autorité parentale• Enfant reconnu avant l'âge d'un an par les parents	Dans tous les cas : Copie de l'extrait de l'acte de naissance avec filiation complète de l'enfant <ul style="list-style-type: none">• Copie du livret de famille
<ul style="list-style-type: none">• Parents divorcés• Décision du JAF ou de la cour d'appel• Autorité parentale exercée par un tiers	<ul style="list-style-type: none">• Copie de l'ordonnance, du jugement ou de l'arrêt rendu
<ul style="list-style-type: none">• Déclaration conjointe d'exercice de l'autorité parentale	<ul style="list-style-type: none">• Copie de la déclaration conjointe

Délais d'attente

Il faut compter entre 2 et 8 jours entre la réception de la demande complète (formulaire et pièces justificatives) et l'accès au dossier.

Ce délai est porté à 2 mois pour les dossiers datant de plus de 5 ans et lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

Coût de la consultation

- La consultation sur place sans remise de copies est gratuite sur simple rendez-vous.
- La reproduction et le retrait sur place des documents sont facturés 9€, règlement en espèce ou par chèque**
- La reproduction et l'envoi du dossier en recommandé avec accusé de réception sont facturés 15€, règlement par chèque**

* La communication du Dossier Médical peut être refusée, en cas d'opposition exprimée par le patient.

** Libellé à l'ordre de Trésorerie de Sarreguemines-Ets hospitaliers

Veillez envoyer les documents à

Monsieur le Directeur du CHS
1 rue Calmette - BP 80027 - 57212 SARREGUEMINES Cedex