



GEORGES DAUMÉZON
Établissement Public de Santé Mentale du Loiret

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

La reproduction et les frais d'envoi seront à la charge du demandeur

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical. Sachez que seuls les patients concernés, l'ayant-droit d'un patient décédé et les tuteurs peuvent avoir sous conditions accès à un dossier médical.

Afin de satisfaire votre demande veuillez compléter le formulaire ci-dessous, joindre les pièces justificatives demandées et retourner la demande à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur de l'EPSM G. DAUMEZON
1 route de Chateau - BP 62016
45402 FLEURY LES AUBRAIS Cedex

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Mme M.

NOM d'usage NOM de naissance Prénom

Date de naissance/...../.....

Adresse

Code Postal Commune

Téléphone domicile Téléphone portable

Cas particulier, patient décédé : *(seuls les ayant droits du défunt peuvent faire cette demande)*

Date du décès/...../.....

SI LE DEMANDEUR N'EST PAS LE PATIENT
IDENTITE DU DEMANDEUR

Mme M.

NOM d'usage NOM de naissance Prénom

Date de naissance/...../.....

Adresse

Code Postal Commune

Téléphone domicile Téléphone portable

Lien de parenté avec le patient

Accès au dossier médical dans son ensemble **ou** préciser la période

LE DEMANDEUR EST INFORMÉ QUE

- conformément à la Loi du 4 mars 2002, son identité établie, l'établissement dispose d'un délai de 48 h pour examiner sa demande
- l'hôpital doit répondre dans des délais compris entre 8 jours et 2 mois selon l'ancienneté du dossier (L 1111-7 du Code de la Santé Publique)
- les informations du dossier médical sont strictement personnelles. Un usage non maîtrisé par la révélation ou la diffusion de certaines de ces informations peuvent nuire à son titulaire.
- les documents transmis seront des copies
- les frais de reproduction et d'envoi d'un dossier médical sont les suivants : 0,25 € la copie (tarif en vigueur à compter du 1^{er} janvier de l'année en cours) + frais d'envoi en Recommandé avec Accusé de Réception (selon les tarifs en vigueur)
- le dossier est sous la responsabilité du médecin qui peut suggérer les modalités de transmission du dossier



JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE

Je demande la communication de mon propre dossier médical	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire)
Je suis mandaté(e) par le patient lui-même	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité • copie recto-verso de la pièce d'identité du patient en cours de validité • un document écrit permettant de justifier du mandat (daté et signé par le patient concerné)
Je suis le tuteur du patient	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité • copie recto-verso de la pièce d'identité du patient en cours de validité • une copie du jugement de tutelle
Je suis le représentant légal du patient mineur	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité • la copie recto-verso de la pièce d'identité du patient mineur en cours de validité • la copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance du patient mineur • le cas échéant une copie du jugement attestant de l'autorité parentale
<i>Si le patient est un mineur de plus de 10 ans</i>	<ul style="list-style-type: none"> • joindre un courrier de la main du patient mineur confirmant son accord pour la communication des informations demandées

CAS PARTICULIER DU PATIENT DECEDE

Je suis un ayant-droit d'un patient décédé	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité • copie de l'acte de décès • copie d'un document permettant de justifier de ma qualité d'ayant-droit (livret de famille, acte de naissance, acte de notoriété, certificat d'hérédité)
Préciser impérativement le motif de la demande 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-contre	<input type="checkbox"/> connaître les causes de la mort du défunt <input type="checkbox"/> défendre la mémoire du défunt, précisez le motif : <input type="checkbox"/> faire valoir un de vos droits, précisez lequel

COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

à l'EPSM G. Daumézon. Le secrétariat prendra contact avec vous afin de fixer un rendez-vous.

à votre domicile par courrier en Recommandé avec Accusé de Réception

à un médecin de votre choix en Recommandé avec Accusé de Réception, merci de nous indiquer ses coordonnées ci-dessous :

Docteur

Adresse :

Fait à :

Le/...../.....

Signature du demandeur

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le présent formulaire, vous pouvez contacter

Mme ROSAZ 02.38.60.57.25 ou Mme NAUDIN 02.38.60.79.01

direction@ch-daumezon45.fr