



DOCUMENT

Formulaire de demande de communication de dossier médical

DOC 2.6.6164.7

Date :
24/07/2024

Page : 1/3

L'accès au dossier médical est garanti par la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de la prise en charge. Si vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical, nous vous prions de bien vouloir compléter ce formulaire. Votre demande sera recevable uniquement si elle est accompagnée des pièces justificatives demandées.

Identité du patient

NOM de naissance : NOM usuel :
Prénom(s) :
Date de naissance : Période d'hospitalisation (mois/année) :

Identité du demandeur

NOM de naissance : NOM usuel :
Prénom(s) :
Date de naissance : Téléphone : Mail :
Adresse :
Code postal : Ville :

Qualité du demandeur : (Cocher une case ci-dessous)

Le patient	<input type="checkbox"/>	Le médecin éventuellement désigné	<input type="checkbox"/>
Le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	Le médecin ayant été responsable de l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>
Le tuteur	<input type="checkbox"/>	Le mandataire du patient ou des ayants droits (notaire, avocat, ...)	<input type="checkbox"/>
Les ayants droits (*) EN CAS DE DECES DU PATIENT UNIQUEMENT (préciser le lien de parenté) :			<input type="checkbox"/>

Motivation de la demande (uniquement pour les ayants droit)

(*) Sous réserve d'absence d'opposition du défunt, Articles L.111-7 et L.1110-4 du Code de la Santé Publique

- « Connaitre les causes du décès »
- « Faire valoir un droit »
- « Défendre la mémoire du défunt »

Éléments du dossier communicables

- Dossier médical informatisé
- Compte-rendu d'hospitalisation (Courrier de sortie)

Pièces à fournir

- Photocopie d'une pièce justificative d'identité du demandeur : carte d'identité (recto/verso), passeport, livret de famille...
- Photocopie d'une pièce justificative du patient s'il n'est pas le demandeur : carte d'identité (recto/verso), passeport, livret de famille ...
- Si le patient n'est pas le demandeur : document attestant du lien de parenté
- Courrier de désignation du médecin (le cas échéant)
- Copie du jugement de tutelle (le cas échéant)



DOCUMENT

Formulaire de demande de communication de dossier médical

DOC 2.6.6164.7

Date :
24/07/2024

Page : 2/3

Modalités de consultation

- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception sous format papier
- Remis en main propre (attestation à signer) sous format papier
- Consultation sur place sans la présence du médecin (avec un représentant de la Clinique)
- Consultation sur place avec la présence du médecin de la Clinique

Si vous souhaitez consulter votre dossier sur place, un rendez-vous sera organisé. Au cours de cette consultation, il est possible d'être accompagné par un médecin de la Clinique qui vous aidera à comprendre le contenu du dossier.

Fait à Le...../...../.....

Signature du demandeur :

Modalités d'envoi

Ce formulaire est à retourner, complété, daté et signé, à la Direction de la Clinique Monié, accompagné des pièces justificatives à :

CLINIQUE MONIÉ - Route de Revel - 31290 VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS

Informations complémentaires

Réglementation :

Délais (article L 1111-7 du Code de la santé publique). Vous pouvez accéder aux informations du dossier médical répondant à votre demande, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignerez, et en obtenir communication dans des conditions définies par voies réglementaires au plus tard dans les huit jours ouvrés, et, au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures ait été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans. Ce délai court à compter de la date de réception de la demande réputée complète par la Clinique Monié.



DOCUMENT

**Formulaire de demande
de communication de dossier médical**

DOC 2.6.6164.7

Date :
24/07/2024

Page : 3/3

Attestation de remise en mains propres du dossier médical

Je soussigné(é)e, Mme/Mr,

NOM de naissance : NOM usuel :

Prénom(s) :

Date de naissance : Téléphone : Mail :

Adresse :

Code postal : Ville :

Atteste avoir reçu ce jour en mains propres une copie du dossier médical du patient

NOM de naissance : NOM usuel :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Fait à Le...../...../.....

Signature du demandeur :

Identité et fonction du professionnel attestant la remise en mains propres :

Identité :

Fonction :

Signature du professionnel :