



Formulaire pour
ACCES AU DOSSIER SUR DEMANDE D'UN PATIENT

Identité du demandeur

Je soussigné (e) :

Nom : Prénom :
Nom de naissance : Né (e) le : ____/____/____
Domicilié (e) à :
.....
.....
Téléphone fixe : ____/____/____/____ Téléphone mobile : ____/____/____/____
Adresse mail :

Agissant en tant que :

- Patient (e)
 Ayant droit (successeurs légaux du défunt conformément au code civil, Un ayant droit d'un patient décédé correspond aux personnes figurant dans le certificat de notoriété établi par un notaire ou par le tribunal d'instance)

De (nom, prénom, nom de naissance)

Né (e) le : ____/____/____ Décédé(e) le : ...____/____/____

- Représentant légal
 Mandataire

De (nom, prénom, nom de naissance) Né (e) le : ____/____/____

• **Documents sollicités**

Frais de photocopie : Page format A4 = 0.20€, page A3 = 0.30€, forfait dossier : 25€, impression de CD/DVD = 2€ par type d'examen
Avant tout règlement, merci d'attendre le devis qui vous sera adressé.

Période concernée du au

- Le dossier dans son ensemble
 Les résultats d'examens
 Les comptes-rendus de consultation, intervention, exploration, hospitalisation
 Les protocoles thérapeutiques, les prescriptions
 Les feuilles de surveillance Les éléments de correspondances entre professionnels de santé
 Une impression du CD/DVD d'examens radiologiques scanner IRM
 Les documents suivants :
.....
.....

• **Motif de la demande pour les ayants droits :** (ne cocher qu'une seule mention)

- Connaître les causes du décès
 Défendre la mémoire du défunt. Précisez les circonstances qui vous amènent à défendre la mémoire du défunt
.....
.....
 Faire valoir vos droits à la suite du décès. Précisez la nature des droits que vous souhaitez faire valoir
.....
.....

L'ayant-droit n'est autorisé à accéder qu'aux seuls éléments nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi. L'équipe médicale responsable de la prise en charge du patient déterminera les pièces du dossier qui se rattachent à l'objectif invoqué. Tout élément du dossier étranger à cet objectif doit être exclu de la communication.



Formulaire pour ACCES AU DOSSIER SUR DEMANDE D'UN PATIENT

DDP-FORM-42-18
V2-2022
Page 2 sur 2

• Modalités de communication

Je choisis la modalité suivante de communication des pièces du dossier souhaitées

- Copies à retirer sur place par le demandeur
 Consultation sur place.

Dans ce cas, merci de préciser si vous souhaitez la présence d'un médecin Oui Non

Si refus de la présence d'un médecin, une personne du CHFD sera présente lors de la consultation du dossier.

- Envoi des copies par courrier (frais d'envoi à ma charge)
 Recommandé avec accusé de réception (15 euros)

Merci d'indiquer l'adresse où vous souhaitez que les copies soient envoyées

A mon adresse :

Au médecin de mon choix : Mr / Mme le Docteur :

A l'adresse suivante :

• Pièces justificatives jointes selon la qualité du demandeur

POUR TOUTE DEMANDE POUR TOUT DEMANDEUR	<input type="checkbox"/> Copie d'une pièce officielle d'identité valide du demandeur (recto-verso) (Carte d'identité, permis de conduire, passeport pour les personnes de nationalité française, carte de séjour ou passeport pour les personnes de nationalité non française)
<input type="checkbox"/> Représentant légal (enfant mineur)	<input type="checkbox"/> Copie du livret de famille (Copie du livret de famille, de l'acte de naissance) OU le cas échéant <input type="checkbox"/> Copie d'autorisation parentale
<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Copie de l'ordonnance rendue par le juge des tutelles (jugement de tutelle)
<input type="checkbox"/> Mandant	<input type="checkbox"/> Joindre l'original du mandat exprès et des justificatifs <input type="checkbox"/> Copie d'une pièce d'identité du mandataire et du mandant
<input type="checkbox"/> Ayant-droit	<input type="checkbox"/> Copie de l'acte de décès ET <input type="checkbox"/> Toute pièce justifiant de la qualité d'ayant-droit (Copie du livret de famille du défunt, actes de décès ou actes juridiques déclarant la qualité d'ayant droit ou de légataire universel, acte de notoriété)
<input type="checkbox"/> Concubin	<input type="checkbox"/> Copie de l'acte de décès ET <input type="checkbox"/> Un certificat de vie commune (ou de concubinage) délivré en mairie ou, à défaut, une attestation sur l'honneur signée par les 2 concubins.
<input type="checkbox"/> Partenaire si signature PACS	<input type="checkbox"/> Copie de l'acte de décès ET <input type="checkbox"/> Une copie du PACS

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, de l'envoi postal des documents médicaux demandés.	Fait à : _____ Le : ____/____/____ Signature du demandeur
--	--

Accord de la Direction	Arrivée de la demande au service des archives	Dossier remis au demandeur
Le : ____/____/____ Signature	Le : ____/____/____ Signature	Le : ____/____/____ Signature