

DOSSIER N° \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

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. Ce droit peut être exercé par le patient directement ou par ses ayants droits, si ce dernier est décédé. Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à la Direction du Centre de Gériatrie Saint François. Votre demande sera recevable uniquement si elle est accompagnée des pièces justificatives suivantes :

### **Pièces à fournir (Justificatifs d'identité) :**

- ✓ Pour le patient : Copie de la carte nationale d'identité.
- ✓ Pour le détenteur de l'autorité parentale : Copie de la carte nationale d'identité et du livret de famille.
- ✓ Pour le tuteur : Copie de la carte nationale d'identité, du livret de famille et de la décision du Tribunal de Grande Instance.
- ✓ Pour l'ayant-droit : Copie de la carte nationale d'identité, du livret de famille prouvant la filiation, de l'extrait d'acte de naissance et de l'acte notarié ou de l'attestation dévolutive de la succession.
- ✓ Pour le médecin désigné par l'une de ces personnes : Copie du justificatif du demandeur (patient, tuteur, ayant-droit ou détenteur de l'autorité parentale) et de la carte professionnelle du médecin désigné.

### **Identité du demandeur :**

NOM ..... Prénom .....  
Nom de Jeune Fille .....  
Adresse .....  
.....  
Code postal ..... Ville : .....

### **Identité du patient :**

NOM ..... Prénom .....  
Nom de Jeune Fille .....  
Date de naissance .....  
Adresse .....  
.....  
Code postal ..... Ville : .....  
Numéro de téléphone : .....

**Motif de la demande pour un patient décédé** (à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation) :

- Faire valoir un de vos droits, précisez lequel : .....
- Connaître les causes du décès du patient
- Défendre la mémoire du défunt, pour quel motif : .....

### **Éléments du dossier communicables :**

- Le compte rendu d'hospitalisation
- Les pièces essentielles du dossier médical
- Autres documents : .....
- .....

**Mode de communication :**

- Envoi de copies à votre domicile
- Envoi de copies à un médecin de votre choix, précisez :  
NOM : ..... Prénom .....
- Adresse : .....
- Code postal : ..... Ville : .....
- Remise de copies

**Fait à** .....

**Le** .....

**Signature :**

## INFORMATIONS

**Facturation des copies de dossiers médicaux : (selon l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.** La reproduction et l'envoi des documents seront facturés au demandeur au tarif de **20 Euros**. Ce règlement devra être effectué préalablement à l'envoi des documents à l'ordre de la Polyclinique Saint François. En cas de retrait en mains propres des documents, vous pourrez effectuer ce règlement le jour du retrait des documents auprès de secrétariat médical.

**Votre demande est à adresser par écrit à la Direction de la Polyclinique Saint François accompagnée des pièces justificatives d'identité et règlement à :**  
*Polyclinique Saint François - 3108 RDN 560 - 83860 NANS LES PINS*

**A réception de votre demande,** il vous sera adressé un courrier vous précisant les informations complémentaires si nécessaire, et

Si vous avez demandé le retrait en mains propres :

- La date à partir de laquelle vous pourrez vous déplacer pour retirer les documents auprès des secrétaires médicales

Si vous avez demandé l'envoi postal, le dossier vous sera adressé en RAR.

**Important :** Les informations du dossier médical sont strictement personnelles. Un usage non maîtrisé par la révélation ou la diffusion de certaines de ces informations peut nuire à son titulaire. Certaines demandes de tiers peuvent être illégitimes, il est vivement conseillé de prendre un avis auprès d'un médecin avant de les communiquer.