



## Formulaire de demande de communication du Dossier patient

FRMU/DROI

Version 2

Date de révision : mars 2024

Pagination : 1 / 3

Afin de pouvoir satisfaire votre demande, nous vous remercions de nous retourner par courrier ou par e-mail ce formulaire dûment complété, accompagné des pièces nécessaires demandés. Ainsi que le règlement des éventuels frais de copie et d'envoi (voir modalités de communication du dossier), à l'attention de la Direction de l'Hôpital Privé Claude Galien.

### Identité du Patient concerné par la demande

Nom de naissance : .....

Nom marital : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : \_ / \_ / \_ \_ \_ \_

Lieu de Naissance : .....

Domicilié(e) à : .....

.....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone portable : ..... Adresse e-mail : .....

### Identité et qualité du demandeur (hors patient)

Patient (*Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité*)

Titulaire de l'autorité parentale :  Père  Mère

*(Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité et du livret de famille. En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge des Affaires Familiales)*

Délégué de l'autorité parentale :

*(Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité et de l'ordonnance du Juge des Affaires Familiales)*

Tuteur :

*(Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité et de l'ordonnance du Juge des Tutelles)*

Ayant-droit :


Conjoint

Parents

Frère/sœur

Enfants

Autres (précisez) : .....

	<b>Formulaire de demande de communication du Dossier patient</b>		
	FRMU/DROI	Version 2	Date de révision : mars 2024

Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité et selon le cas :

- ✓ Le conjoint marié et les enfants : copie du livret de famille attestant du lien de parenté.
- ✓ Les autres ayants droits : acte de notoriété (acte établi par un notaire qui indique quels sont les héritiers du défunt).
- ✓ Le partenaire de PACS : copie du PACS
- ✓ Le concubin : certificat de vie commune (ou de concubinage) délivré en mairie ou, à défaut, (car toutes les mairies ne délivrent pas ce type de document), une attestation sur l'honneur signée par les 2 concubins.

Remarques :

- Le dossier n'est pas communicable si le défunt s'y est opposé avant son décès.
- En qualité d'ayant-droit, vous n'avez accès qu'aux seules informations nécessaires à la réalisation de l'un des motifs suivants et uniquement à ces informations (**item obligatoire**, en application des articles R.1111.7 et L.1110-4 du Code de la Santé Publique) :
  - Connaître les causes du décès
  - Défendre la mémoire du défunt
  - Faire valoir ses droits (pension, assurance, réparation d'un préjudice)

Personne mandatée par le patient :

Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité et du mandat.

➔ Partie à compléter par le patient :	➔ Partie à compléter par la personne mandatée :
Je, soussigné(e) : Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Né(e) le : __/__/____ autorise (Nom et prénom du mandaté) : ..... <i>A solliciter auprès du service de demandes des dossiers médicaux de l'Hôpital Privé Claude Galien l'accès à mon dossier médical.</i>  <div style="text-align: right;">Fait le</div> <div style="text-align: left;">.....à.....</div>  <div style="text-align: center;"><b>Nom et signature du patient</b></div>	Je, soussigné(e) ; (mandaté): Nom : Prénom : <i>Certifie n'avoir aucun conflit d'intérêt ni défendre d'autres intérêts que ceux de :</i> Nom (patient): Nom de jeune fille (patient): Prénom (patient):  <div style="text-align: right;">Fait</div> <div style="text-align: left;">.....à.....</div> <div style="text-align: right;">le</div>  <div style="text-align: center;"><b>Nom et signature du mandaté</b></div>

# Formulaire de demande de communication du Dossier patient

FRMU/DROI

Version 2

Date de révision : mars 2024

Pagination : 3 / 3

## Eléments du dossier souhaités

- Intégralité du dossier médical
- Compte(s) rendu(s) opératoire/accouchement/césarienne (rayé la/les mention(s) inutile(s))
- Compte(s) rendu(s) d'hospitalisations-lettre de sortie
- Autres,  
précisez : .....

Service(s) d'hospitalisation	Nom du/des médecin(s)	Date(s) d'hospitalisation
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## Motif de la demande (facultatif)

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

## Modalités de communication du dossier

- Consultations sur place du dossier sur RDV – Gratuit
- Consultations sur place sur RDV et en présence d'un professionnel du service – Gratuit
- Remise en main propre, sur RDV, extrait(s) du dossier – Gratuit
- Remise en main propre, sur RDV, dossier complet – Gratuit
- Envoi postal en recommandé avec accusé/réception d'extrait(s) du dossier à l'adresse indiqué par le demandeur – Gratuit
- Envoi postal en recommandé avec accusé/réception du dossier complet à l'adresse indiqué par le demandeur – Gratuit

Fait à.....le.....

Signature du demandeur :

### **Rappel des délais de communication du dossier :**

- Dans les 8 jours suivant la réception de la demande complète, lorsque les informations médicales datent de moins de 5 ans
- Dans les 2 mois suivant la réception de la demande complète, lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans

*En application du Code de la Santé Publique, articles R1111-1 à R1111-7, relatifs à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.*