



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER MEDICAL

Ce document est à remplir et à adresser soit par :

- 1) courrier à : Centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël, Service des relations avec les Usagers, demande d'accès dossier médical, 240 Avenue de Saint-Lambert, CS 90110, 83608 Fréjus Cedex.
- 2) courriel : sru@chi-fsr.fr
- 3) dépôt physique : boîte aux lettres dédiée hall d'entrée

NOM DU DEMANDEUR :

Prénom : Date de naissance

Adresse :

Tel : Courriel @ :

Je transmets obligatoirement une copie recto-verso d'une pièce d'identité.

En communiquant votre courriel, vous autorisez son utilisation interne.

SI DEMANDEUR DIFFERENT DU PATIENT

NOM et prénom de la personne pour qui l'accès au dossier médical est demandé :

Nom de jeune fille éventuellement:

Date de naissance :

Je coche la case correspondante pour indiquer le lien existant entre moi et la personne pour qui l'accès au dossier médical est demandé :

- Personne exerçant l'autorité parentale:** je transmets la copie du livret de famille attestant de votre autorité parentale, la copie de la décision de justice relative à l'autorité parentale.
- Tuteur légal:** je transmets la copie de l'acte de jugement instituant la tutelle.
- Ayant-droit du patient décédé:** je transmets la copie de l'acte de décès et un justificatif d'ayant droit (par exemple: photocopie du livret de famille et/ou certificat d'hérédité, etc.). Je note que j'accéderai uniquement à l'information en lien avec le(s) motif(s) de ma demande à cocher : Connaître la cause du décès Défendre la mémoire du défunt Faire valoir ses droits

Si vous avez une précision à communiquer quant au motif de votre demande ou les informations recherchées :

POUR FACILITER LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL : RENSEIGNEZ LES CHAMPS SUIVANTS SAUF POUR L'AYANT-DROIT DU PATIENT DECEDE :

Hospitalisation du : au

Dans le ou les services de :

Je souhaite avoir accès au(x) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contenu complet du dossier | <input type="checkbox"/> Examens de laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire | <input type="checkbox"/> Compte rendu d'imagerie |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu de fin d'hospitalisation / lettre de sortie | <input type="checkbox"/> Synthèse des urgences |
| <input type="checkbox"/> Cliché | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

POUR INFORMATION - TARIFS 2022 : copie à 0.33€ l'unité € / cliché 35x43 10.00€ / cliché 28x35 8.00€ / CD-ROM ou DVD de clichés 6.00€

MODALITES DE COMMUNICATION :

Consulter le dossier sur place (j'indique un numéro de téléphone pour être contacté rapidement). La consultation est gratuite sauf la demande de reproduction de documents qui est payante.

Récupérer la copie des documents cochés ci-dessus sous 30 jours et m'engager à régler la facture des frais de reproduction adressée par l'hôpital dans les plus brefs délais. Au-delà de 30 jours le dossier me sera envoyé en lettre recommandée avec accusé de réception à mes frais.

Je donne procuration à M/Mme né(e) le qui présentera sa pièce d'identité, si je ne peux pas me déplacer personnellement pour récupérer mon dossier.

Recevoir ces documents à l'adresse indiquée plus haut en lettre recommandée avec accusé de réception (frais d'envoi en fonction du poids et du tarif en vigueur à la charge du demandeur en plus de frais de reproduction).

Date :

Je soussigné(e)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature

x