

Nom du patient :

Date de naissance:

Nom du demandeur :.....

Adresse :.....

.....

Téléphone :

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LES AYANTS DROITS

1. Motif de la demande

Vous disposez, en qualité d'ayant droit, et hors du cas d'un refus exprimé de son vivant par le patient, d'un accès aux seules pièces du dossier nécessaires à faire valoir vos droits, connaître les causes de la mort ou défendre la mémoire du défunt.

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir mes droits

Détaillez votre demande (facultatif) :

.....

.....

2. Pièces justificatives

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant la santé de la personne prise en charge au centre hospitalier, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents cochés.

- Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité vous concernant

Photocopie - du livret de famille pour les enfants ou le conjoint

ou - d'un certificat d'hérédité

ou - d'un document notarié attestant de votre qualité d'Ayant Droit

ou - du contrat d'assurance vie dont vous êtes bénéficiaire

ou - du PACS

ou - d'un certificat de vie commune, de concubinage délivré en mairie ou tout autre moyen (bail commun, attestation sur l'honneur des deux concubins...)

3. Modalité de consultation souhaitée

Plusieurs modalités de consultation des pièces du dossier peuvent vous être proposées.

- Consultation sur place des pièces du dossier sur rendez-vous
Dans ce cas, souhaitez-vous la présence d'un médecin ? OUI NON

Dans l'affirmative, nous vous proposerons une date de rendez-vous, en présence d'un médecin désigné par l'établissement qui pourra répondre à vos questions éventuelles. Si vous désirez des copies des documents qui vous seront présentés, elles vous seront facturées aux tarifs qui vous ont été communiqués précédemment

- Envoi postal d'une copie du dossier ou de pièces particulières à un médecin désigné par vos soins : Si oui, veuillez préciser le nom et l'adresse de ce médecin :

.....

.....

- Envoi postal d'une copie du dossier ou de pièces particulières à vous-même

- Retrait du dossier au Bureau de la chargée des relations avec les usagers. Nous vous remercions de bien vouloir prendre rendez-vous au 05 46 88 51 78.

Nom du patient :	Service :	Copie avant le :
	Date d'envoi SMA :	
Date de naissance :	Cadre réservé au Centre Hospitalier de Rochefort	

4. Nature de la demande

L'ensemble des informations contenues dans le dossier peut être consulté ou transmis (à l'exception d'informations concernant les tiers ou communiquées par les tiers, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique). Il est possible également de demander la communication d'une partie du dossier médical.

Parties du dossier correspondant à une hospitalisation ou une consultation particulière

- veuillez préciser le séjour concerné (date d'entrée, de sortie, nom du service concerné ou nom du médecin):

Date d'entrée	Date de sortie	Nom du service concerné/Nom Médecin

- veuillez préciser les pièces particulières souhaitées :

- Lettre de sortie
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Prescriptions établies lors de la consultation ou à la sortie
- Compte-rendu opératoire
- Examens d'imagerie :
 - Radiographies
 - Scanners
 - IRM
- Examens biologiques
- Dossier d'anesthésie
- Dossier de soins infirmiers
- Autres, précisez :

Dossier complet

- Avec les copies d'imagerie
- Sans les copies d'imagerie

Confidentialité des informations contenues dans le dossier médical :

Les informations contenues dans le dossier médical sont strictement confidentielles. Vous devez être attentif à ne pas les communiquer à une personne qui n'est pas autorisée à en prendre connaissance.

Formulaire à retourner à la :

Direction des Droits des Usagers et de la Qualité
1, avenue de BELIGON
BP 30009
17301 ROCHEFORT CEDEX