

# DEMANDE DE CONSULTATION DU DOSSIER MEDICAL - PATIENT

A adresser à : Isabelle FRAMERY-HECQUET, Service Qualité – Groupe Santé Victor Pauchet – 2 Avenue d'Irlande – 80094 Amiens Cedex 03

Je soussigné(e) (NOM/Prénom) .....

Né(e) le ..... à .....

Domicilié(e) : Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Souhaite avoir accès à **mon** dossier médical

ET/OU

Souhaite avoir accès au dossier médical de **mon enfant mineur**

⇒ NOM/Prénom .....

Né(e) le ..... à .....

## MOTIF DE LA DEMANDE :

Suivi médical       Dossier juridique       Autre : .....

## DOCUMENTS SOUHAITÉS :

Intégralité       Compte-rendu opératoire       Lettre de synthèse d'hospitalisation       Autre : .....

## DATES D'HOSPITALISATIONS :

→ Du ..... au ..... Médecin référent : .....

→ Du ..... au ..... Médecin référent : .....

→ Du ..... au ..... Médecin référent : .....

## COMMUNICATION DES PIECES :

Consultation sur place à la clinique

Remise en mains propres sur rendez-vous avec le service qualité de la clinique <sup>(3)</sup>

Envoi recommandé avec accusé de réception <sup>(3)</sup>

Envoi recommandé avec accusé de réception à un médecin désigné par mes soins <sup>(3)</sup>

Nom : .....

Adresse : .....

<sup>(3)</sup> Les frais de copie et d'envoi sont à votre charge (0,07€ HT/photocopie et frais d'envoi réels, le tout soumis à TVA).

## DOCUMENTS A JOINDRE AU FORMULAIRE :

- Une copie recto/verso de votre pièce d'identité

**ATTENTION :** Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation d'un tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs, etc...)

Des difficultés d'interprétation de ces informations sont possibles. Il est vivement recommandé d'accéder à ces informations à l'occasion d'une consultation médicale que la clinique et les professionnels s'offrent d'organiser.

Vous pourrez également profiter de cette consultation en présence d'une tierce personne (entourage, médecin ou milieu associatif) et bénéficier d'un suivi ou soutien psychologique.

**DELAÏ DE COMMUNICATION :** Vous obtiendrez les informations au plus tard dans un délai de huit jours à compter de la date de réception des documents ou sous 2 mois si les informations demandées ont plus de 5 ans.

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

# DEMANDE DE CONSULTATION DU DOSSIER MEDICAL – AYANT DROIT

A adresser à : Isabelle FRAMERY-HECQUET, Service Qualité – Groupe Santé Victor Pauchet – 2 Avenue d'Irlande – 80094 Amiens Cedex 03

Je soussigné(e) (NOM/Prénom) .....

Né(e) le ..... à .....

Domicilié(e) : Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Souhaite avoir accès au dossier médical de la personne dont je suis **l'AYANT DROIT** :

⇒ NOM/Prénom du patient .....

Né(e) le ..... à .....

Lien de parenté/d'affiliation : .....

## MOTIF DE LA DEMANDE :

Connaître les causes du décès     Défendre la mémoire du défunt     Faire valoir vos droits

« Les ayants droit ne peuvent prétendre qu'à la communication des seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif susnommé et non pas l'intégralité du dossier (CE 26 septembre 2005 + arrêté du 03 janvier 2007 + articles L1110-4 et R1111-7 du Code de la Santé Publique). »

## DATES D'HOSPITALISATIONS :

→ Du ..... au ..... Médecin référent : .....

→ Du ..... au ..... Médecin référent : .....

→ Du ..... au ..... Médecin référent : .....

## COMMUNICATION DES PIECES :

- Consultation sur place à la clinique
- Remise en mains propres sur rendez-vous avec le service qualité de la clinique <sup>(3)</sup>
- Envoi recommandé avec accusé de réception <sup>(3)</sup>
- Envoi recommandé avec accusé de réception à un médecin désigné par mes soins <sup>(3)</sup>

Nom : .....

Adresse : .....

<sup>(3)</sup> Les frais de copie et d'envoi sont à votre charge (0,07€ HT/photocopie et frais d'envoi réels, le tout soumis à TVA).

## DOCUMENTS A JOINDRE AU FORMULAIRE (à adapter à la demande) :

- Une copie recto/verso de votre pièce d'identité
- Une copie de l'extrait d'acte de naissance à votre nom
- Une copie d'un acte justifiant l'autorité parentale
- Une copie du certificat d'hérédité établi par le notaire
- Un certificat de décès si la personne n'est pas décédé à la clinique

**ATTENTION :** Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation d'un tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs, etc...)

Des difficultés d'interprétation de ces informations sont possibles. Il est vivement recommandé d'accéder à ces informations à l'occasion d'une consultation médicale que la clinique et les professionnels s'offrent d'organiser.

Vous pourrez également profiter de cette consultation en présence d'une tierce personne (entourage, médecin ou milieu associatif) et bénéficier d'un suivi ou soutien psychologique.

**DELAÏ DE COMMUNICATION :** Vous obtiendrez les informations au plus tard dans un délai de huit jours à compter de la date de réception des documents ou sous 2 mois si les informations demandées ont plus de 5 ans.

Fait à : ..... Le : .....

Signature :