DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : ☐ ayant-droit

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :……..……..…..…..Nom d'époux : ……..……..……

Prénom :……..……Date de naissance : ……..……

Adresse :……...

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

Tel fixe : …….…… Tel. portable : ……..…… Mail : ……..……...……

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :……..……..Nom d'époux : ……..……..……

Prénom : ……..……Date de naissance : ……..……

Patient décédé le ……..……..

JUSTIFICATIF A JOINDRE A LA DEMANDE

Ayant droit : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte de décès et suivant sa qualité :

- Copie du livret de famille ou certificat d'hérédité / acte notarié
- Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS
- Certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur accompagné d'un justificatif de domicile mentionnant les deux noms.

La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient s'y est opposé de son vivant. Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent [1].

SERVICES fréquentés	PERIODE (de l'hospitalisation, de consultation), *précisez*	
	Du / /	Au / /
	Du / /	Au / /

Motif de la demande :

☐ Recherche des causes du décès

☐ Défense de la mémoire du défunt

☐ Nécessité de faire valoir leurs droits

MODALITES DE COMMUNICATION

Délai [2] : les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de deux mois, à compter de la réception de la demande complète.

Tarif [3] : 10 € par chèque bancaire à l'ordre du Trésor Public. Montant correspondant aux frais de photocopies du dossier et à l'envoi postal

Vous souhaitez :

- ☐ Un envoi postal en recommandé avec avis de réception
- ☐ Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone
- ☐ Consulter le dossier médical sur place en présence d'un médecin (convenir d'un rendez-vous)
- ☐ Un envoi postal en recommandé avec avis de réception à un médecin de votre choix

  Précisez ses coordonnées : ……...……..

Renvoyer le formulaire accompagné des documents à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges
Direction Qualité, Gestion des Risques et Relations Usagers
Demande de dossier médical
40, allée de la Source - 94195 Villeneuve-Saint-Georges Cedex
Téléphone : 01.43.86.20.35 – courriel : usagers@chiv.fr

Je soussigné(e), M…… reconnais avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

Date Signature

(1) Articles L.1110-4 et 1111-7 du code de la santé publique, décision CE n° 270234
(2) Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique)
(3) Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005