Ramsay Santé
Hôpital privé Drôme Ardèche

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX OU D'UN DOSSIER MEDICAL PERSONNEL

(Article L.1111-7 et articles R.1111-1 à R.1111-8 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) : Nom : ..... Prénom(s) : .....

Né(e) le : ...../...../..... A: .....

Domicilié(e) : .....

.....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

Si le patient est mineur : ☐ père ☐ mère ☐ représentant légal de :

Nom du patient : ..... Prénom : ..... Né(e) le ...../...../.....

Demande à obtenir la communication des documents suivants, établis par l'établissement à mon nom (ou au nom du patient) :

☐ L'intégralité de mon dossier médical (dossier médical, dossier de soins infirmiers, et le cas échéant, dossier transfusionnel, dossier anesthésique)

ou

☐ Le compte rendu opératoire

ou

☐ Le compte rendu de mon (son) hospitalisation

ou

☐ Le ou les autres documents précisés ci-dessous:
.....
.....

établis par l'établissement à : ☐ mon nom

Renseignement facilitant la recherche du dossier

Date d'hospitalisation :

Du : ...../...../.....

Au : ...../...../.....

Service d'hospitalisation : .....

Nom du médecin : .....
N° d'identification du dossier : .....
(si vous le connaissez)

☐ au nom du Patient dont je suis le représentant légal

Selon les modalités suivantes :

☐ A m'envoyer en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception à mon adresse (indiquée ci-dessus) après règlement du dossier

ou

☐ Envoi postal au Docteur : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

ou

☐ A me remettre en main propre, sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service).

ou

☐ A consulter sur place dans l'établissement. Dans ce cas, je serai assisté par un médecin.

Le demandeur est informé:

- Que les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications. Le médecin pourra donc parfois souhaiter que leur communication s'effectue avec des précautions particulières, en conformité avec ses obligations déontologiques.
- Que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- Qu'il aura à supporter l'ensemble des frais liés aux procédures de recherches, de photocopies, de reprographies et de communication de ce dossier médical **(voir tarifs ci-dessous).**
- Que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de réception de sa demande **complète** pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens. (la loi prévoit 2 jours de réflexion pendant lequel le dossier ne peut pas être communiqué).

Date de la demande : ……/……/…… **Signature du demandeur :**

Ce document doit être retourné à la Direction de l'établissement **complété et accompagné des pièces suivantes :**

Demandeur	Pièces à fournir
Majeur capable	- copie recto verso de la pièce d'identité - copie de la carte vitale (ou de l'attestation)
Personne titulaire de l'autorité parentale	- copie recto verso de la pièce d'identité - copie recto verso de la pièce d'identité du mineur - copie de la carte vitale (ou de l'attestation) dont relève le mineur - copie du livret de famille ou de la décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale (ordonnance ou décision du juge aux affaires familiales). Le mineur peut refuser à son/ses représentants légaux l'accès à son dossier ou le conditionner à la présence d'un médecin lors de sa consultation.
Représentant légal d'un majeur sous tutelle	- copie recto verso de la pièce d'identité du tuteur - copie recto verso de la pièce d'identité du majeur protégé - copie de la carte vitale (ou de l'attestation) du majeur protégé - copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur (ordonnance du juge des tutelles).

FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI DE DOCUMENTS MEDICAUX

	Tarifs
Prix unitaire d'une copie	0.20 €/page
A réception du règlement le dossier vous sera communiqué par courrier en LR/AR	Selon tarif postal en vigueur

Nom de la personne désignée par le Directeur de l'établissement pour recevoir les demandes d'envoi de documents médicaux :
Nom : HOTOLEAN Prénom : Chrystelle

Adresse : Hôpital Privé Drôme Ardèche - 294 bd Charles de Gaulle - 07500 GUILHERAND-GRANGES