

Formulaire de demande de dossiers médicaux

Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner à la
Direction de la Polyclinique Méditerranée -Avenue d'Argeles -66 000 PERPIGNAN – Tel 04.68.66.40.00 – Fax 04 68 66 40 85

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) : Madame, Mademoiselle, Monsieur (*Barrez les mentions inutiles*)

Nom..... Nom de jeune fille..... Prénom.....

Date de naissance : __/__/__- Demeurant :.....

..... Téléphone :.....

Agissant en qualité de :

- Patient
 Représentant légal (parent, tuteur) de : (Nom + Prénom du patient)
 Ayants-droits de :

Nom, Prénom :

Né(e) le : Décédé(e) le :

Motif de la demande de communication (pour les ayants-droits seulement) :

- Médecin intermédiaire
 Personne mandatée

Souhaite obtenir :

- Compte-rendu d'hospitalisation du au
 Dossier médical dans son intégralité
 Autre document, à préciser.....

Concernant le patient : Monsieur, Madame, Mademoiselle (*Barrez les mentions inutiles*)

Nom..... Nom de jeune fille..... Prénom.....

Date de naissance : __/__/__-

RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER

Service(s) concerné(s) :.....

Dates du séjour :.....

Médecin en charge du patient :.....

MODALITE DE COMMUNICATION

Toute personne souhaitant consulter son dossier médical a la possibilité de se faire accompagner par un médecin.

Je souhaite :

- La consultation du dossier à la clinique (sur rendez-vous) et éventuellement la remise de copies (soumise à facturation)
 Le retrait du dossier à la clinique (sur rendez-vous et soumis à facturation)
 L'envoi postal à mon domicile (frais de copies et d'envoi soumis à facturation)
 L'envoi postal à un médecin que je désigne :

Docteur : Nom :..... Prénom :.....

Adresse :

Téléphone :

Médecin traitant autre médecin Préciser :.....

CONSENTEMENT DU PATIENT (sauf exception*)

Je soussigné(e) : Madame, Mademoiselle, Monsieur (*Barrez les mentions inutiles*)

Nom..... Nom de jeune fille..... Prénom.....

Date de naissance : __/__/__- Demeurant :.....

..... Téléphone :.....

Demande et Autorise l'accès aux informations contenues dans mon dossier médical à

Date : __/__/__-

Je soussigné(e)

Demande et Autorise l'accès à mon dossier médical

Signature du demandeur

Signature du patient

Il est impératif d'accompagner ce formulaire DES PIECES JUSTIFICATIVES REGLEMENTAIRES : Voir tableau au verso du formulaire.

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AVEC LE FORMULAIRE

DEMANDEUR	PIECES JUSTIFICATIVES
Patient lui-même	Copie de la carte d'identité ou du passeport
Médecin intermédiaire	Copie de la carte professionnelle et du mandat du patient
Représentants légaux du patient mineur : <ul style="list-style-type: none"> - Parents - Tiers (tuteur) 	Copie de la carte d'identité + Livret de famille ou extrait de naissance , le cas échéant jugement rendu
Représentants légaux du patient majeur sous tutelle : <i>Remarque : Les personnes placées sous curatelle ou sauvegarde de justice exercent elles-mêmes leur droit d'accès</i>	Copie de la carte d'identité ou du passeport + jugement rendu
Ayants-droits (sous réserve d'indiquer le motif de la demande et sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès) : <ul style="list-style-type: none"> - Ascendants, descendants, conjoint survivant - Concubin - Personne ayant conclu un PACS - Bénéficiaire d'un legs - Bénéficiaire d'un contrat d'assurance 	<p style="text-align: center;">Copie de la carte d'identité ou du passeport ET :</p> <p>Documents obtenus auprès du notaire ou de l'état civil ;</p> <p>Certificat de vie commune délivrée par la mairie ;</p> <p>Déclaration de convention de PACS enregistré auprès du tribunal d'instance ;</p> <p>Document obtenu auprès du notaire</p>
Personne mandatée	Copie de la carte d'identité + Mandat écrit