

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner à l'adresse suivante :

**Direction Clinique du Ter
5 allée de la Clinique du Ter
56270 PLOEMEUR**

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____ à _____

Domicilié(e) à : _____

Téléphone : _____

Agissant en tant que :

- Patient ⁽¹⁾
- Représentant légal ⁽¹⁾ (personne ayant l'autorité parentale ⁽²⁾ si patient mineur ou tuteur ⁽³⁾ si patient sous tutelle)
- Ayant-droit (si le patient est décédé) ^{(1) (2) (4)}
- Médecin désigné
- Mandataire ^{(1) (5)}

Demande la communication des documents suivants :

- L'intégralité du dossier médical
- Une partie du dossier

➔ Merci de préciser les documents souhaités : _____

Si ayant-droit, merci de préciser le motif de la demande :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

➔ Merci de préciser les motifs : _____

Faire valoir mes droits

➔ Merci de préciser lesquels : _____

(1) Joindre une copie de votre carte nationale d'identité recto verso ou passeport ou titre de séjour

(2) Joindre une copie du livret de famille

(3) Joindre une copie de l'ordonnance du juge des tutelles

(4) Joindre une copie du certificat de décès

(5) Joindre une copie du mandat

RENSEIGNEMENTS POUR LA RECHERCHE DE DOSSIER

Identité du patient concerné (ne pas remplir si vous êtes le patient) :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____

Sexe : Homme Femme

Période d'hospitalisation concernée ⁽⁶⁾ : du _____ au _____

Nom du médecin responsable de l'hospitalisation : _____

MODALITÉS DE CONSULTATION DU DOSSIER

D'une façon générale, il est vous est conseillé d'être accompagné d'un médecin lors de la consultation de ces informations, de façon à ce que cette personne puisse vous les expliquer en termes clairs.

Consultation directe sur place

Consultation directe sur place avec un praticien – Vous serez convoqué dans le respect du délai réglementaire ⁽⁶⁾ à compter de la date de réception de votre demande. A cette occasion et sur votre demande, des copies des pièces du dossier pourront vous être remises. Les frais de reprographie ⁽⁷⁾ sont à votre charge.

Envoi recommandé avec accusé de réception – L'envoi sera effectué dans le respect du délai réglementaire ⁽⁶⁾, les frais de reprographie et d'envoi du dossier ⁽⁸⁾ sont à votre charge.

A mon adresse

A l'adresse d'un médecin extérieur à l'établissement, que je désigne comme intermédiaire et dont les coordonnées sont les suivantes :

Docteur : _____

Adresse : _____

Nous vous rappelons que les informations contenues dans le dossier médical sont à caractère personnel et confidentiel. Vous avez toute possibilité de refuser de transmettre ce document à des tiers.

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Signature :

⁽⁶⁾ Pour un dossier > 20ans, la demande est susceptible de ne pas aboutir au regard de la durée de conservation légale des dossiers médicaux portée à 20 ans. La durée de conservation est portée à 10 ans à compter du décès du patient.

⁽⁷⁾ Au plus tard dans les 8 jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de 48h de réflexion. Le délai est porté à 2 mois lorsque les informations datent de plus de 5 ans.

⁽⁸⁾ 0,18€ par copie A4 et 0,36€ par copie A3