

	FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL	ENG_DOS_022
		Version : B
		Applicable au : 25/03/2026

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 ⁽⁷⁾ 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.

☐ **Envoi recommandé avec accusé de réception** – L'envoi sera effectué dans le respect du délai réglementaire ⁽⁷⁾.

☐ 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.