

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical, pour le respect de la confidentialité et du secret médical, seules certaines personnes ont accès aux pièces :

- Les patients/ résidents eux-mêmes,
- Un mandataire désigné comme intermédiaire par le patient/ résident (exemple : médecin),
- La personne en charge d'une mesure de représentation juridique du patient/ résident (exemple : tuteur à la personne).
- L'ayant droit, concubin, partenaire de pacs d'un patient/ résident décédé en absence d'opposition à l'accès.

### 1. PATIENT/RESIDENT CONCERNE PAR LA DEMANDE :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### 2. IDENTITE DU DEMANDEUR (si différent du patient/résident) :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### 3. PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE :

Demandeur	Documents à joindre au présent formulaire
Le patient/ résident	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 justificatif d'identité <sup>1</sup></li> </ul>
Le mandataire du patient/ résident	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 justificatif d'identité ou carte professionnelle (médecin/ avocat).</li> <li>• Le mandat exprès original désignant nommément a personne pouvant demander la copie du dossier médical.</li> </ul>
Représentant légal à la personne du majeur protégé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 justificatif d'identité du demandeur et du majeur protégé ;</li> <li>• La copie de l'ordonnance du juge.</li> </ul>
Ayants-droits, concubin, partenaire de PACS du patient/ résident	<p>Vous ne disposerez pas d'un droit d'accès général au dossier mais aux seuls éléments répondant au motif invoqué.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 justificatif d'identité du demandeur ;</li> <li>• La copie d'un document attestant de la preuve de la qualité de l'ayant droit (livret de famille, acte notarié, acte de naissance, certificat d'hérédité).</li> <li>• L'acte de décès.</li> <li>• Motivation (cocher le motif choisi) :                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Connaitre les causes du décès,</li> <li><input type="checkbox"/> Faire valoir un droit -&gt; <i>précisez</i>.....</li> <li><input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt -&gt; <i>précisez</i>.....</li> </ul> </li> </ul>

### 4. PIECES DEMANDEES :

<sup>1</sup> Justificatif d'identité = carte nationale d'identité recto-verso, passeport ou nouveau permis de conduire en cours de validité.

Nous vous remercions d'explicitier au mieux votre demande pour nous permettre de vous répondre au mieux.

- Dossier médical complet (ensemble des pièces listées ci-dessous)

Ou uniquement :

- Comptes rendus de consultation -> *précisiez dates, service* .....
- Comptes rendus d'hospitalisation .....
- Comptes rendus opératoires .....
- Clichés d'imagerie :
  - Tous
  - Seulement certains -> *précisiez* .....
- Dossier d'anesthésie .....
- Dossier de transfusion .....
- Examens de biologie .....
- Dossier infirmier (transmissions, surveillances et soins paramédicaux lors d'hospitalisation)
- Autres pièces -> *précisiez* .....

#### 5. MODE DE COMMUNICATION.

Aucun document ne sera adressé par courriel. Les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception seront à la charge du demandeur.

- Envoi à votre domicile
- Envoi à un tiers
- Consultation sur place avec accompagnement médical Nous vous remercions de bien vouloir contacter le secrétariat de l'établissement afin de fixer le rendez-vous.

Fait le  
A .

Signature du demandeur

**Pour obtenir communication du dossier médical demandé, veuillez nous retourner ce formulaire dûment complété, daté et signé, accompagné des justificatifs à l'adresse suivante :**

**E.M.P.R. Le Normandy  
1, rue Jules Michelet  
CS 40619  
50406 GRANVILLE Cedex**

ou par mail à : [secmed1.normandy@lna-sante.com](mailto:secmed1.normandy@lna-sante.com)