



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

(à compléter en lettres capitales)

Référence : EN/SIM/GE/005

Version : 3

Page

Mise à jour : 13/03/2020

1 / 2

Je soussigné(e)

Nom : Nom de Jeune Fille :

Prénom : Date de naissance : / /

Adresse :

N° de téléphone : / / / / / / /

Courriel (email) :@.....

Demande la communication des informations contenues :

dans mon dossier médical

dans le dossier médical de :

Nom : Nom de Jeune Fille :

Prénom : Date de naissance : / /



J'agis alors en tant que :

Représentant légal

Conformément à la législation, l'enfant mineur peut s'opposer à la communication de son dossier médical au titulaire de l'autorité parentale.

Ayant droit d'un patient décédé : Date du décès : / /

Mention obligatoire (à cocher) :

Connaître la cause du décès

Défendre la mémoire du défunt, *précisez*

Faire valoir mes propres droits, *précisez*

Tuteur

Modalités de communication :

Je souhaite l'envoi des copies de ces informations par courrier postal à l'adresse indiquée ci-dessus.

Dans le cas contraire, merci de bien vouloir préciser l'adresse :

Je souhaite consulter sur place le dossier médical

Cette consultation est assurée, uniquement sur rendez-vous, par le médecin du Service de l'Information Médicale. La secrétaire prendra contact avec le demandeur afin de fixer une date.

Afin que nous puissions vous répondre au mieux, veuillez préciser la période d'hospitalisation ainsi que le motif de votre demande (sachez que les comptes-rendus d'hospitalisation suffisent généralement à répondre à vos questions) :

▪ Période d'hospitalisation :

▪ Motif(s) de la demande :

Pour raison personnelle

Pour suite de soins

Pour expertise

Pour faire valoir un droit

Autre (précisez) :



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL (à compléter en lettres capitales)

Référence : EN/SIM/GE/005

Version : 3 Page

Mise à jour : 13/03/2020 2 / 2

TARIFS

Si vous souhaitez récupérer une copie des informations, une estimation du coût de la reproduction des pièces vous sera proposée par le Service de l'Information Médicale d'après les tarifs en vigueur.
Si vous acceptez, le règlement devra être effectué par chèque bancaire à l'ordre du TRESOR PUBLIC et transmis au Service de l'Information Médicale.

Tarifs
1,00€ / page (format A4) 1,10€ / page (format A3) 4,50€ / CD-ROM 3,80€ / Contre-type 24x30 6,00€ / Contre-type 30x40 6,00€ / Contre-type 36x43
+ frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception (RAR) selon les tarifs de La Poste en vigueur

La présente demande est à retourner au Service de l'Information Médicale :

Le présent formulaire dûment rempli et signé, doit être accompagné, **dans tous les cas** de la photocopie d'une **pièce d'identité recto-verso du demandeur**, ainsi que :

- pour le représentant légal, d'une copie de **tout document attestant de son autorité parentale** (livret de famille, jugement).
- pour les ayants droits, d'une copie **du livret de famille ou d'un acte notarié, et/ou d'un acte de naissance** avec le lien de parenté, copie de l'acte de décès si le patient n'est pas décédé dans notre établissement.
- pour le tuteur, une copie du **jugement de tutelle**.

Vous pouvez l'adresser par courrier postal à l'adresse suivante :

**Centre Hospitalier d'Arles - Joseph Imbert
Service de l'Information Médicale (SIM)
Service de Communication des Dossiers
BP 80195 – 13637 Arles cedex**

Veillez cocher la case, dater et signer ci-dessous :

- J'ai pris note des délais légaux de communication et du fait que la reproduction de certaines pièces d'un dossier médical soient payantes (selon la législation en vigueur). L'envoi de ces copies est alors effectué par pli recommandé avec accusé de réception, après réception du règlement.**

A, le/...../.....

SIGNATURE DU MINEUR A PARTIR DE 12 ANS :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :