CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT
Bureau de la qualité
225 Avenue de Marseille - 84400 APT
04.90.04.20.42
email : qualite.apt@ch-apt.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

(à compléter en lettre capitale)

Le présent formulaire dûment rempli et signé (signature manuscrite) doit être accompagné des pièces obligatoires, listées ci-dessous selon la situation du demandeur.

Je soussigné(e)

Nom de Naissance : …… Nom Marital : ……
Prénom : …… Date de naissance : ……../……../……
Adresse : ……
……
N° de téléphone : ……/……./……./……./……. ……/……./……./……./…….
Adresse mail :

Demande la communication des informations contenues :

☐ **dans mon dossier médical**
Joindre :
- la photocopie recto/verso **de votre pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).

☐ **dans le dossier médical de :**
Nom de Naissance : …….. Nom Marital : ……
Prénom : …….. Date de naissance : ……./……./……

J'agis en tant que :

☐ **Représentant légal :**
Joindre :
- la photocopie recto/verso **de votre pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).
- une copie de **tout document attestant de votre autorité parentale** (livret de famille, jugement, acte de naissance).

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

☐ **Tuteur :**
Joindre :
- la photocopie recto/verso **de votre pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).
- une copie **du jugement de tutelle.**

☐ **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……
……

Joindre :
- la photocopie recto/verso **de votre pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).
- une copie **du livret de famille ou d'un acte notarié et/ou d'un acte de naissan**ce avec le lien de parenté.
- une copie de **l'acte de décès** si le patient n'est pas décédé dans notre établissement.

Modalités de communication :

☐ **Je souhaite l'envoi des copies de ces informations par COURRIER POSTAL à l'adresse indiquée.** Dans le cas contraire merci de bien vouloir préciser l'adresse : (l'envoi par mail est interdit par la loi)…….
…….....

☐ **Je viendrai chercher mon dossier médical.**

☐ **J'autorise** Nom :…… Prénom : …… à venir chercher mon dossier médical muni de sa carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire

☐ **Je souhaite consulter sur place le dossier médical.** Cette consultation est assurée uniquement sur rendez-vous en présence d'un médecin. Le secrétariat du DIM vous contactera afin de fixer une date.

IMPORTANT :

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

……..

……..

……..

TARIFS

☐ **J'ai pris note que la reproduction de documents déjà transmis est payante (selon la législation en vigueur).**

Veuillez cocher l'une des deux formules suivantes :	
☐ **1er DEMANDE :** copie de comptes rendus (hospitalisations, consultations, examens)	**GRATUITE** Frais d'envoi évalués au cas par cas
☐ **2 ème DEMANDE :** en cas de demande de documents déjà transmise une première fois. **Un devis de reproduction vous sera communiqué.** Pour celle-ci, vous devez joindre le devis de reproduction ainsi que votre règlement par chèque à l'ordre du **TRESOR PUBLIC.** L'envoi de ces copies est alors effectué par recommandé avec accusé de réception, **après réception du règlement.**	- 0.83 € par feuille photocopiée - Les clichés radiographiques sont reproduits sur demande expresse et facturés selon le format - Frais d'envoi évalués au cas par cas

Vous pouvez retourner votre demande par courrier postal, par mail indiqué dans l'entête du document.

A ……., le ……./……./……..

SIGNATURE DU DEMANDEUR :