

Demande d'accès au dossier médical

Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution nécessaire afin d'en éviter la divulgation, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banque, assurance...).

Les modalités d'accès au dossier médical sont régies par les articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de la Santé Publique.

Demande à adresser à : Monsieur le Directeur du Pôle Santé Sarthe et Loir
La Chasse du Point du Jour
CS 10129 – Le Bailleul
72205 La Flèche cedex

I- IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Téléphone : ou

Agissant en qualité de

Patient

Représentant légal de :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

II- MODALITES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL :

Je souhaite consulter le dossier médical sur place :

Je souhaite être assisté(e) dans cette consultation par le médecin que je désigne :

.....

J'autorise le Docteur suivant à consulter mon dossier médical :

Nom : Prénom :

Adresse :

* Pour tout renseignement concernant l'accès au dossier médical : 02 44 71 31 32 *

Je souhaite obtenir la reproduction des pièces du dossier médical :

Je demande la reproduction des éléments suivants :

- Compte(s)-rendu(s) opératoire(s) du :
- Compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation(s) du :
- Compte(s)-rendu(s) de consultation(s) du :
- Radiographie(s) du :
- Correspondances entre médecins
- Certificats
- Autre à préciser :

* * * * *

Modalités de transmission des pièces du dossier médical :

- Je demande que les copies **me soient adressées par courrier**. Un **pré-règlement de 4.38 €** (coût d'un recommandé avec accusé de réception < 20g) devra être joint à la demande ; le solde restant dû sera indiqué lors de l'envoi des pièces.
 - Je souhaite **recupérer le dossier sur place**. Un rendez-vous me sera fixé dès que le dossier sera prêt. (Conformément à l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique, un **délai de 48 heures** est à respecter avant la transmission des éléments).
 - Ne pouvant me déplacer, j'autorise Madame, Monsieur,
Numéro de téléphone :
- à récupérer le dossier médical. Un rendez-vous sera fixé avec la personne mandatée dès que le dossier sera prêt. Celle-ci devra se munir de **sa carte d'identité**.

* * * * *

Frais de reproduction et d'envoi :

Article L1111-7 du Code de la santé Publique « *La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents* »

- Frais de reproduction : **0.18 € la photocopie**
- Frais d'envoi : **coût du recommandé avec accusé de réception.**

III- PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

Vous êtes le patient :

- Photocopie de votre pièce d'identité
- Règlement préalable de 4.38 € en cas d'envoi à domicile (par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public)

Vous êtes le représentant légal :

- Photocopie d'un justificatif de représentation
- Photocopie de votre pièce d'identité
- Règlement préalable de 4.38 € en cas d'envoi à domicile (chèque libellé à l'ordre du Trésor Public)

⇒ Les demandes ne seront traitées qu'après réception des pièces justificatives et du pré-règlement.

Date de la demande :

Signature du demandeur :