

Demande d'accès au dossier médical par le patient ou son représentant légal

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

ou par courriel à dossiermedical@pole-pssl.fr

I- IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone : OU

Agissant en qualité de

Patient

Représentant légal de : *(patient mineur ou sous tutelle)*

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal Ville

II- PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

Vous êtes le patient :

Photocopie de votre pièce d'identité (recto/verso)

Vous êtes le représentant légal :

Photocopie d'un justificatif de représentation

Photocopie de votre pièce d'identité (recto/verso)

⇒ Les demandes ne seront traitées qu'après réception des pièces justificatives.

III- MODALITES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL :

Je souhaite consulter le dossier médical sur place. Un rendez-vous me sera fixé dès que le dossier sera prêt :

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

.....

Je souhaite obtenir une reproduction du dossier médical :

Je demande la copie des éléments suivants :

Compte(s)-rendu(s) opératoire(s) du :

Compte(s)-rendu(s) anatomopathologique(s) du :

Compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation(s) du :

Compte(s)-rendu(s) de consultation(s) du :

Résultats d'analyses de biologie du :

Imagerie(s) du :

Certificats du :

Autre à préciser :

.....

* * * * *

↪ **Modalités de transmission des pièces du dossier médical :**

Je demande que les copies **me soient adressées par courrier recommandé avec accusé de réception.**

Je souhaite **récupérer la copie du dossier sur place.** Un rendez-vous me sera fixé dès que le dossier sera prêt.

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.**

* * * * *

↪ **Les frais de reproduction et/ou d'envoi vous seront facturés :**

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 : 0.20 € la photocopie

- Frais d'envoi : coût du recommandé avec accusé de réception

(tarif en vigueur de La Poste - variable selon le poids).

Date de la demande :

Signature du demandeur :