

IDENTITE

Je soussigné(e),

- Madame Monsieur

NOM PRENOM

Né(e) le à (Lieu de naissance)

Adresse

.....

Téléphone :

Demande l'accès à mon dossier médical

Demande l'accès au dossier médical de :

- Madame Monsieur

NOMPRENOM.....

Né(e) le à (Lieu de naissance).....

Lien de filiation (parenté)

Adresse

.....

En qualité de :

- Ayant droit
 Personne ayant l'autorité parentale
 Mandataire

Motif de la demande :

- connaître la cause du décès
 défendre la mémoire du défunt
 faire valoir mes droits

NATURE DE LA DEMANDE

L'ensemble de mon dossier médical (Ensemble des documents relatifs aux hospitalisations, consultations, soins ambulatoires)

Une partie du dossier correspondant à une/des hospitalisation(s) en particulier(s)

Préciser : du au

Une/Des pièce(s) précise(s) du dossier médical

Préciser :

.....

.....

Service concerné par les soins :

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maine A | <input type="checkbox"/> Loire C |
| <input type="checkbox"/> Maine B | <input type="checkbox"/> Loire D |
| <input type="checkbox"/> URP Maine | <input type="checkbox"/> Loire E |
| <input type="checkbox"/> UPAO | <input type="checkbox"/> Loire F |
| autre préciser : | <input type="checkbox"/> URP Loire |

MODALITES DE COMMUNICATION

Je choisis la modalité de communication du dossier médical suivante :

- Consultation du dossier médical sur place (sans frais)
- Retrait du dossier médical au secrétariat du secteur (Frais de copies)
- Envoi postal par recommandé avec avis de réception (Frais de copies / LRAR indissociable de l'envoi)
 - A mon adresse
 - A l'adresse suivante

NOMPRENOM.....

Adresse

.....

.....

et m'engage à régler les frais afférents à cette communication, le cas échéant.

Fait à

Le.....

Signature

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

A la suite d'une consultation sur place du dossier, vous avez la possibilité de demander une copie (Frais de copies + si envoi frais d'envoi en recommandé) avec délai d'envoi réglementaire appliqué.

Délai d'envoi par l'établissement (à compter de la date de réception de la demande complète, justifiée et dûment signée) :

- huit jours pour les informations datant de cinq ans et moins
- deux mois pour les informations datant de plus de cinq ans

Ce formulaire est à retourner compléter et signer, accompagné des pièces justificatives (cf.tableau page 3) par courrier à l'adresse suivante :

CESAME
Direction des usagers
B. P. 50089
49130 SAINT GEMMES SUR LOIRE

Ou par mail : duq.secretariat@ch-cesame-angers.fr

Frais de photocopies à la charge du demandeur :

0,18 € par page de format A4 (noir et blanc)

0,36 € par page de format A4 (recto/verso)

0,36 € par page de format A3 (noir et blanc)

0,72 € par page de format A3 (recto/verso)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

QUALITE DU DEMANDEUR	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
La personne concernée	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité
Ayant droit en cas de décès de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité - justificatif de la qualité d'ayant droit (livret de famille, PACS, ...) - justificatif de décès de la personne
Personne ayant l'autorité parentale pour les mineurs	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité - justificatif de l'autorité parentale et de filiation
Tuteur familial	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité - justificatif de la qualité de tuteur (ordonnance du juge des contentieux de la protection)
Mandataire professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité du mandataire - justificatifs de la qualité du mandataire