Formulaire de consultation du dossier médical

Pour consulter votre dossier médical, veuillez nous retourner ce formulaire dûment complété, daté et signé, par courrier ou mail accompagné des pièces nécessaires (voir page 2).

Hopital Foch
Service Relations Usagers
Direction Générale
40 rue Worth , à Suresnes
Tel : 01-46-25-21-34
Mail : service.juridique@hopital-foch.com

Coordonnées du demandeur :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse mail : _____

Votre demande concerne :

◯ Vous-même

◯ Patient mineur, sous tutelle, autre (préciser)

◯ Patient décédé (*Le droit d'accès au dossier médical du défunt est strictement encadré par la loi. Le demandeur devra justifier sa demande par l'un des trois motifs prévus par la loi (connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt, faire valoir ses droits). L'établissement vérifie la qualité du demandeur et la reçevabilité du/des motifs invoqué(s) et ne communique que les éléments nécéssaires à la réalisation de l'objectif poursuivi.*

- *Connaitre les causes du décès (en cas de décès au sein de l'hôpital Foch)*
- *Défendre la mémoire du défunt (précisez) :* _____
- *Faire valoir ses droits(précisez) :* _____

Identité du patient :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Les éléments du dossier dont vous demandez copie (à cocher) :

◯ Compte(s) rendu(s) : du _____ au _____

◯ Résultats d'examens (précisez) : _____

◯ Radiographies : _____

◯ Intégralité du dossier (précisez la date du ou des séjours et le service concerné) : _____

_____

Les modalités de communication :

La consultation se fait auprès d'un membre de l'équipe médical ou du médecin en charge, permettant un accompagnement pour la lecture du dossier médical.

Attention, les dossiers de plus de 20 ans sont détruits conformément à la réglementation en vigueur.

Date et signature :

Les pièces à fournir

Patient

- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité**
- ✓ **Pour toute prise en charge en couple, les deux partenaires doivent procéder à une demande en leur nom personnel (Assistance médicale à la procréation …)**

Représentants d'un mineur

- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent demandeur en cours de validité**
- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient mineur en cours de validité**
- ✓ **Copie du livret de famille (partie parents et enfants)**

Représentants légaux d'un majeur protégé

- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur en cours de validité**
- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient protégé (tutelle, curatelle…) en cours de validité**
- ✓ **Copie du jugement de tutelle / curatelle**

Patient décédé

- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur en cours de validité**
- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient décédé**
- ✓ **Copie de l'acte de décès**
- ✓ **Copie du livret de famille ou de tout autre document attestant du lien de filation entre le demandeur et la personne décédée**
- ✓ **Tout document permettant d'attester du concubinage** (*Certificat de concubinage)*
- ✓ **Un extrait d'acte de naissance faisant mention du PACS** (*disponible auprès de la mairie du lieu de naissance*)
- ✓ **Un acte notarié ou un acte de dévolution permettant d'attester de la qualité d'ayant-droit**
- ✓ **Tout document attestant que vous être bénéficiaire d'un contrat d'assurance**

HOPITAL FOCH