

Formulaire de demande d'accès au dossier médical

Pour obtenir la communication de 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 recevabilité du/des motifs invoqué(s) et ne communique que les éléments nécessaires 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) : _____
- _____
- intégralité du dossier (tous services confondus) : _____
- _____

Les modalités de communication :

Délai : Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués **dans un délai de 8 jours** ;
Ceux de plus de 5 ans dans **un délai de 2 mois au maximum** ;

Ces délais légaux courent à compter de la date de la conformité de la demande

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

Une seule modalité de transmission doit être sélectionnée parmi les suivantes :

- Je souhaite venir récupérer les documents à l'hôpital Foch (*le secrétariat du service concerné vous contactera pour vous donner rendez-vous*)
- Je souhaite l'envoi postal à mon domicile
- Je souhaite l'envoi des documents à mon médecin (*Nom, prénom, adresse*) : _____
- _____

Attention, en cas de demande sollicitant plusieurs services, l'envoi du dossier peut être réalisé en plusieurs fois.

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 filiation 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 ou une preuve de l'inscription au contrat de 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 êtes bénéficiaire d'un contrat d'assurance**

