

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

IDENTIFICATION

Je soussigné,

NOM PRENOM

Adresse

Tel :

E-mail :

qualité

Personne concernée	<input type="checkbox"/>	Mandataire	<input type="checkbox"/>
Ayant droit (*)	<input type="checkbox"/>	Médecin désigné comme intermédiaire	<input type="checkbox"/>
Personne ayant l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	Médecin ayant prescrit l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>
Tuteur	<input type="checkbox"/>		

demande l'accès aux informations

- me concernant
- concernant une tierce personne

NOM PRENOM.....

(lien de parenté)

Adresse

Date (s) d'hospitalisation : du au

Mode d'hospitalisation : SRE. SDT. SL

(*) Si qualité d'ayant droit : motif de la demande

- connaître la cause du décès
- défendre la mémoire du défunt
- faire valoir vos propres droits
- autre motif

préciser :

.....

NATURE DE LA DEMANDE

- ensemble du dossier
- partie du dossier correspondant à une hospitalisation particulière Date
- pièces particulières du dossier


préciser :

.....

MODALITES DE COMMUNICATION

- consultation sur place du dossier avec le médecin
- envoi postal recommandé (avec avis de réception)
à un médecin (0,18 € la copie)
NOM PRENOM.....
Adresse
.....
.....
- envoi postal recommandé (avec avis de réception)
au domicile (0,18 € la copie)
- copie remise en main propre (0,18€ la copie)

A défaut de précision, la consultation sur place sera privilégiée.

A
Le.....
Signature 

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

A la suite d'une consultation sur place du dossier, vous avez la possibilité de demander une copie (0,18€ la copie + frais si 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 dûment justifiée) :

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

Les informations que vous détiendrez vous sont strictement personnelles et notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, ...)

Ce formulaire, accompagné des pièces justificatives (cf.tableau page suivante) doit être adressé à :

Monsieur le Directeur
Etablissement Public de Santé Mentale de la Sarthe
20 Avenue du 19 mars 1962
B. P. 50004
72 703 ALLONNES CEDEX

QUALITE DU DEMANDEUR	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
La personne concernée	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité - justificatif du domicile
Ayant droit en cas de décès de la personne (héritiers, conjoint survivant, légataires universels)	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité - justificatif du statut d'ayant droit - justificatif du décès de la personne - motif précis de la demande <i>(le médecin saisi de la demande s'assure que le patient n'a pas exprimé d'opposition avant son décès)</i>
Personne ayant l'autorité parentale pour les mineurs	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité - justificatif de l'autorité parentale <i>(le médecin saisi de la demande s'assure de l'accord du mineur)</i>
Tuteur	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité - justificatif de la qualité de tuteur
Mandataire (ne peut avoir de conflits d'intérêts et défendre d'autres intérêts que ceux du mandant : personne issue du milieu associatif, assistante sociale ...)	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité du mandataire - mandat exprès délivré par le demandeur (le patient, ses représentants légaux –s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle – ou ses ayants droit en cas de décès) accompagné des justificatifs indiqués ci-dessus correspondant à sa qualité
Médecin désigné par le demandeur comme intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité - courrier ou formulaire dûment complété du demandeur (le patient, ses représentants légaux –s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle – ou ses ayants droit en cas de décès) mentionnant le nom du médecin, accompagné des justificatifs indiqués ci-dessus correspondant à sa qualité
Médecin ayant prescrit l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - justificatif d'identité - accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès accompagné des justificatifs indiqués ci-dessus correspondant à la qualité du demandeur