

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

A retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Guillaume Régnier
Direction Qualité /Usagers
108 avenue du Général Leclerc - BP 60321 - 35703 RENNES Cedex 7

Téléphone : 02 99 33 39 34

Mail : direction.usagers@ch-guillaumeregnier.fr

IDENTITE DU DEMANDEUR (PHASE 1)

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

NOM : Nom de naissance :

Prénom : Né(e) le :

Domicilié(e)

N° de téléphone (nécessaire pour vous appeler si difficulté) :

JE DEMANDE MON DOSSIER (PHASE 2)

*Vous pouvez
passer à la phase 3*

Pièce à joindre à votre demande (justificatif d'identité)

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- ou - copie de votre permis de conduire
- ou - copie de votre passeport

OU



JE DEMANDE LE DOSSIER D'UNE AUTRE PERSONNE (PHASE 2)

NOM DU PATIENT : Nom de naissance :

Prénom : Né(e) le :

J'exprime cette demande en ma qualité de : (**Merci de ne cocher qu'une seule case**)

DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE Père Mère Autre

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance
- en cas de divorce : une copie du jugement attestant de l'autorité parentale
- en cas de délégation de l'autorité parentale : copie du jugement du JAF

PERSONNE EN CHARGE D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE : TUTEUR

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto-verso) du patient concerné par la demande
- copie du jugement de tutelle

PERSONNE MANDATEE PAR LE PATIENT LUI-MEME

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto-verso) du patient concerné par la demande
- un document écrit permettant de justifier du mandat (daté et signé par le patient concerné)

AYANT DROIT D'UNE PERSONNE DECEDEE Décédé(e) le :

conjoint concubin partenaire pacsé enfant père-mère autre

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie du livret de famille
- copie de l'acte de décès
- copie de certificat de vie commune pour le concubin
- copie du contrat de PACS pour le partenaire pacsé
- certificat d'hérédité ou acte ou attestation notarié pour les autres ayants-droit

ET je précise impérativement le motif de ma demande (**Seules peuvent être transmises les pièces en lien avec le motif invoqué**) :

Connaître les causes de la mort Défendre la mémoire du défunt (*) Faire valoir mes droits (*)

(*) Préciser les motifs :

*Vous pouvez
passer à la phase*



PRECISER LA NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES (SAUF AYANT-DROIT) (PHASE 3)

Je souhaite accéder à l'intégralité du dossier

Je ne souhaite pas obtenir l'intégralité du dossier, mais uniquement :

- le compte-rendu d'hospitalisation
- le compte-rendu de consultation
- les résultats d'examens (je précise lesquels) :
- le compte-rendu d'imagerie médicale
- le dossier paramédical
- le dossier social
- d'autres documents (je précise lesquels) :

RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DES INFORMATIONS MEDICALES (PHASE 4)

Nom du ou des services de soins
(Service d'hospitalisation ou de consultation)

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation

.....
.....

.....
.....

MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS (PHASE 5)

Conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, la reproduction des documents vous sera facturée ultérieurement (coût d'une page : 0,19 euros). En revanche, la consultation sur place, sans reprographie, est gratuite.

Je choisis la consultation du dossier sur place

Je souhaite un accompagnement médical pour la lecture du dossier : merci de prendre rendez-vous auprès du secrétariat du service.

OU

Je désigne comme intermédiaire le médecin de mon choix et je demande l'envoi des copies à son cabinet

Nom et prénom du médecin :

Adresse :

OU

Je demande l'envoi des copies à mon domicile (par lettre recommandée avec accusé de réception)

Adresse

DELAI DE COMMUNICATION

Le dossier médical ne pourra vous être communiqué au plus tôt qu'après l'observation d'un **délai de réflexion de 48 heures suivant la réception de votre demande complète.**

L'établissement dispose d'un délai de **8 jours** pour vous transmettre les documents demandés.

Ce délai est porté à **2 mois** si les informations médicales datent de plus de 5 ans.

ATTESTATION (PHASE 6)

Je soussigné(e) **M. / Mme**

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé.

Fait à Le

Signature obligatoire