



# FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT

(Art. L. 1111-7 du Code de la Santé Publique)

## Identité du demandeur

Nom d'usage ..... Prénom .....

Nom de jeune fille .....

Né(e) le ..... à .....

Domicilié(e) à .....

Téléphone ..... E-mail .....

Qualité du demandeur (cochez la case correspondante)	Pièce(s) à joindre impérativement à la demande
<input type="checkbox"/> Patient concerné	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto et verso)
<input type="checkbox"/> Tuteur	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du patient concerné (recto et verso) Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur (recto et verso) Copie du jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du patient concerné (recto et verso) Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur (recto et verso) Copie du livret de famille Copie du document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale, en cas de divorce
<input type="checkbox"/> Médecin désigné	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du patient concerné (recto et verso) Document justifiant du mandat
<input type="checkbox"/> Ayant droit** Motif de la demande (à indiquer impérativement): <input type="checkbox"/> Honorer la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> Faire valoir mes droits	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur (recto et verso) Copie de l'acte notarié Copie de l'acte de décès
<input type="checkbox"/> Personne mandatée par le patient, ses représentants légaux ou par les ayants droit	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du patient concerné (recto et verso) Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur (recto et verso) Document justifiant du mandat

## Identité de la personne titulaire du dossier patient demandé (à renseigner si différent du demandeur)

Nom d'usage ..... Prénom .....

Nom de jeune fille .....

## Mode de communication du dossier patient

- Consultation gratuite sur place.** Dans ce cas nous vous remercions de bien vouloir prendre rendez-vous. Il vous sera alors possible de demander des photocopies de documents à vos frais\*
- Réception d'une copie du dossier sur place** à vos frais\*
- Réception d'une copie du dossier à votre domicile** à vos frais\*
- Transmission au médecin de votre choix** dont voici les coordonnées :

\*Le coût de reproduction des documents est à la charge du demandeur ainsi que les frais d'envoi au tarif de la poste en recommandé avec accusé de réception. (Voir le tarif au verso)

## Pièces du dossier souhaitées

Cette demande porte sur la période du ...../...../..... au ...../...../.....

Service(s) concerné(s) : .....

Éléments demandés\*\* :  Totalité du dossier  Éléments du dossier (à préciser) :

\*\*Pour les ayants droit, seuls les éléments répondant au(x) motif(s) invoqué(s) pourront vous être communiqués

## Assistance éventuelle d'un médecin

Vous pouvez vous faire assister d'un médecin lors de la consultation du dossier patient. Le choix de ce médecin vous est totalement libre (praticien de la Clinique Sud Vendée ou extérieur à la Clinique).

Si tel est votre choix, merci de préciser ses coordonnées :

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Téléphone ..... E-mail .....

### CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Il est rappelé le caractère strictement personnel et confidentiel du contenu du dossier médical. Par ailleurs, certaines informations peuvent présenter des difficultés d'interprétation ou ne pas être sans conséquence du fait de leur révélation.

Attention ! L'établissement ne peut communiquer que des dossiers patients correspondants à des séjours au sein de la Clinique Sud Vendée. Votre demande sera transmise et vous serez contacté(e) par la Direction de la clientèle pour connaître votre position concernant la communication du dossier concernant les séjours dans notre établissement.

### COÛT DE REPRODUCTION DES DOCUMENTS :

Nombre de pages	Consultation du dossier sur place
inférieur à 30 pages	5 €
31 à 50 pages	10 €
51 à 70 pages	15 €
supérieur à 70 pages	20 €

### FRAIS D'ENVOI

Les copies des dossiers sont envoyées en recommandé avec accusé de réception. Le tarif est fonction du poids de l'envoi.

### FORMULAIRE À RETOURNER À :

Cellule qualité / Relation avec la patientèle - Clinique Sud Vendée  
17 rue du Docteur Fleurance  
85204 FONTENAY LE COMTE

Le demandeur déclare avoir pris connaissance :

- Du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical.
- De la tarification applicable au duplicata et à l'envoi des dossiers.

Fait à ..... le .....

Le demandeur (Nom, Prénom)

Signature

Ces informations permettent de traiter votre demande d'accès au dossier médical. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification aux informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin traitant.