



FORMULAIRE

DOSSIER MEDICAL

DEMANDE DE COMMUNICATION – QUESTIONNAIRE

Réf : PEC/SM/FORM

Version : 1

Page 1 sur 4

Je soussigné(e), NOMPrénom.....

Nom de jeune fille

Né(e) le à

Adresse.....

.....

Code PostalVille.....

1. Demande communication de la copie de mon propre dossier médical

Je joins le justificatif d'identité suivant :

- Copie de ma carte d'identité
- Copie de mon permis de conduire
- Copie de mon livret de famille
- Autre A préciser.....

2. Demande communication du dossier médical de :

NOMPrénom.....

Nom de jeune fille

Né(e) le à

J'ai la qualité suivante :

- **Titulaire de l'autorité parentale** Père Mère
 - Fournir une copie du livret de famille
 - En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales
- **Déléataire de l'autorité parentale**
 - Fournir la décision du juge aux affaires familiales
- **Mandataire**
 - Fournir l'ordonnance du juge des tutelles



FORMULAIRE

DOSSIER MEDICAL

DEMANDE DE COMMUNICATION – QUESTIONNAIRE

Réf : PEC/SM/FORM

Version : 1

Page 2 sur 4

• **Ayant droit**

La notion d'ayant droit emploi, englobe tous les successeurs légaux de la personne décédée (arrêté du 3 janvier 2007, JO du 16 janvier 2007) ainsi que les successeurs testamentaires.

Conjoint

Frère / Sœur

Père /Mère

Enfant

Autre parent

Autre

○ Fournir le justificatif de cette qualité (livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité, contrat particulier) ;

○ Motif de la demande pour les ayants droit, en application de l'article L.1110-4 modifié du Code de la santé publique :

Connaître les causes de la mort

J'explicite ma demande comme suit.....

Défendre la mémoire du défunt

J'explicite ma demande comme suit.....

Droits à faire valoir

Droit à pension

J'explicite ma demande comme suit.....

Droit à assurance

J'explicite ma demande comme suit.....

Réparation d'un préjudice

J'explicite ma demande comme suit.....

Autre

J'explicite ma demande comme suit.....

3. Voici les références du/des séjours et des services sur lesquels portent les pièces demandées :



FORMULAIRE
DOSSIER MEDICAL
DEMANDE DE COMMUNICATION – QUESTIONNAIRE

Réf : PEC/SM/FORM

Version : 1

Page 3 sur 4

Je souhaite avoir les pièces de mon dossier médical correspondant aux séjours suivants :

Etablissement(s) : Résidence de Retraite La Sofiéta Résidence de Retraite L'Escalinada

Service(s).....
.....

Période(s) d'accueil et d'hébergement (préciser la ou les périodes).....
.....

Je souhaite avoir la totalité de la copie de mon dossier médical détenu par l'EHPAD de Villefranche-sur-Mer.

4. Voici la nature des pièces demandées :

- Les comptes rendus
- Les pièces jugées les plus significatives par les médecins du service (comptes rendus, clichés de radiologie...)
- Autre A préciser.....

5. Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales :

5.1. Je demande à venir consulter sur place le dossier médical :

- Je serai seul (e) accompagné (e) d'une tierce personne ou d'un médecin
- Je prends acte du fait
 - Que je bénéficierai de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales ;
 - Que je pourrai me faire remettre copie des documents médicaux que je mentionnerai.

5.2. Afin de fixer un rendez-vous pour la consultation du dossier médical, je souhaite être contacté (e) à l'adresse suivante :

.....
.....

Téléphone :

Adresse courriel :

5.3. Je demande que la copie du dossier médical soit adressée à :

Moi-même, à l'adresse suivante.....
.....

Code Postal Ville.....



FORMULAIRE

DOSSIER MEDICAL

DEMANDE DE COMMUNICATION – QUESTIONNAIRE

Réf : PEC/SM/FORM

Version : 1

Page 4 sur 4

Un médecin

NOM et Prénom du Médecin

.....

Code Postal Ville.....

5.4. Je viendrai retirer moi-même le dossier

6. Attestation :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur.....

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- Et accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé (ou Chronopost ou colissimo) des documents médicaux que je pourrai demander.

7. Frais de reprographie et d'envoi par voie postale :

- Frais de reprographie Selon les tarifs appliqués à l'EHPAD
- Frais d'envoi postal (*lettre ou colis en recommandé avec accusé de réception, ou Chronopost ou colissimo*) selon tarif des frais postaux en vigueur

J'ai bien noté que la copie du dossier médical me sera remise ou adressée par l'EHPAD Public de Villefranche-sur-Mer à réception du paiement dont le montant m'aura été communiqué au préalable.

Fait à

Le

Signature du demandeur