CENTRE HOSPITALIER RENE-DUBOS
Service des Droits du Patient
6, avenue de l'Ile-de-France
95300 PONTOISE
Téléphone : 01 30 75 46 23

Demande de copie du dossier médical

(A retourner au service des droits du patient)

DATE DE LA DEMANDE : ……../……./……..

Identité du patient :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse électronique : ..... @ .....

Adresse postale : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Identité du demandeur (si différent du patient) :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse électronique : ..... @ .....

Adresse postale : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Qualité du demandeur :	**Justificatifs à fournir :**
☐ Patient lui-même :	➔ La photocopie copie recto verso de la pièce d'identité.
☐ Tuteur :	➔ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du tuteur, la photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient et la photocopie du jugement de mise sous tutelle.
☐ Personne mandatée :	➔ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient, la photocopie recto verso de la pièce d'identité du mandaté et un mandat écrit, daté et signé du patient.
☐ Titulaire de l'autorité parentale :	➔ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du demandeur, la photocopie recto verso de la carte d'identité du mineur (si ce dernier en possède une) et la photocopie intégrale du livret de famille. *En cas de divorce ou de séparation* : jugement du maintien de l'autorité parentale.
☐ Patient décédé : …… **DATE DECES : ……../……./…….**	➔ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du demandeur, la preuve de la qualité d'ayant droit (livret de famille, convention PACS, justificatif de domicile pour les concubins, acte de notoriété), la copie de l'acte de décès.

☐ **Epoux** ☐ **Enfant** ☐ **Autre :** _____

La loi prévoit que l'ayant-droit du patient décédé doit préciser lors de sa demande le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance de ces informations :

☐ **Connaitre les causes du décès (si patient décédé au Centre Hospitalier René Dubos)**

☐ **Faire valoir mes droits (précisez OBLIGATOIREMENT lequel : antécédent familiaux, assurance-vie, pension retraite…)**

☐ **Défendre la mémoire du défunt (précisez OBLIGATOIREMENT : succession, tribunal…)**

ATTENTION : la loi prévoit que seuls les éléments du dossier permettant de répondre au motif invoqué vous seront communiqués, sauf si, de son vivant, le patient a émis une opposition à la communication de son dossier médical à ses ayants droit.

CENTRE HOSPITALIER RENE-DUBOS
Service des Droits du Patient
6, avenue de l'Ile-de-France
95300 PONTOISE
Téléphone : 01 30 75 46 23

Modalité de communication choisie :

Les frais de reproduction et d'acheminement des copies sont à la charge du demandeur. Ces frais sont fixés à :

0,18 € d'euros à partir de 20 feuilles et 2,75 euros le CD
Le CD ne concerne que les clichés radiologiques

☐ Consultation sur place des documents en présence d'un médecin (sur rendez-vous)

☐ Remise sur place des documents (au service des « *Droits du patient* »).
Dans le cas où vous ne pourriez pas vous déplacer, la procuration à un tiers est possible.

☐ **Envoi postal des documents au patient/demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception**
(Frais d'envoi à votre charge)
Adresse à préciser si différente de celle du patient :

☐ **Envoi postal des documents au médecin désigné par le patient/demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception** (Frais d'envoi à votre charge)
Coordonnées et adresse du médecin à préciser :

Documents souhaités :

☐ Compte-rendu d'hospitalisation / Lettre de liaison

☐ Compte-rendu opératoire

☐ Compte-rendu d'accouchement

☐ Compte-rendu des urgences

☐ Dossier d'anesthésie

☐ Dossier transfusionnel

☐ Examens complémentaires (Electrocardiogramme, bilan biologique…)

☐ Autres (précisez) :

Date(s) d'hospitalisation concernée(s) :

.....

.....

.....

.....

Service(s) concerné(s) :

.....

.....

.....

.....

SIGNATURE :