

1. IDENTITE DE LA PERSONNE EFFECTUANT LA DEMANDE

NOM – Prénom :

Adresse :

.....

/..... /..... /..... /..... Mail :

Demande de communication du dossier médical d'un tiers :

NOM – Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

Ayant droit (cas d'une personne décédée)

☞ Pour le conjoint et les enfants : Je joins la copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, de l'acte de décès et la copie de l'entier livret de famille ou un acte notarié ou un certificat d'hérédité.

☞ En cas de PACS : le certificat du PACS

☞ En cas de concubinage : certificat de concubinage ou tout document prouvant la vie commune

☞ Pour les autres : acte notarié ou un certificat d'hérédité

- Préciser le motif de la demande pour les ayants droits, en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique :

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir ses droits

Connaître les causes de la mort

Les pièces souhaitées :

La totalité du dossier médical (précisez les dates)

Du _____ au _____

Du _____ au _____

Du _____ au _____

Une partie de mon dossier médical, indiquez la(les) date(s) et service(s) :

.....
 Lettre(s) de sortie ou comptes rendu(s)

Compte(s) rendu(s) opératoire(s)

Compte(s) rendu(s) des examens biologiques

Image(s) et Compte(s) rendu(s) des examens d'imagerie, à préciser :

○ Radio ○ Mammographie ○ échographie ○ Scanner ○ IRM

Dates d'examens

Autres (préciser) :

2. MODALITES SOUHAITEES POUR LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS MEDICALES :

- ◇ **Remise en mains propres** : on me contactera pour venir le récupérer à l'Hôpital de Saint Avold ou au Centre Médico Gériatrique de Forbach.

- ◇ **Consultation sur place est gratuite**, on me contactera pour me fixer un RV

- ◇ **Consultation sur place en présence d'un médecin** pour explications médicales. J'autorise ce médecin à accéder au dossier médical et je renonce au bénéfice du secret médical

- ◇ **Envoi des copies** en recommandé avec accusé de réception
 - à l'adresse suivante :

 - à un médecin, à l'adresse suivante :

3. TARIF UNITAIRE DES COPIES DES DOCUMENTS MEDICAUX :

Documents	Tarifs
Pages de format A4 en impression noir et blanc	0.20 €
Contretype radio de dimension 20/25 :	1,70 €
Contretype radio de dimension 26/36 :	2,00 €
Contretype radio de dimension 36/43 :	3,50 €
Cédérom :	2,75 €
Frais d'envoi postal (lettre ou colis recommandé avec accusé de réception	, €

4. ATTESTATION :

Je soussigné(e), M., Mme,

- 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 des documents médicaux que je pourrai demander.

Date :/...../.....

Signature du demandeur

Références : - Loi du 4 mars 2002, les droits du patient CSP

- Article 2 du décret du 29 avril 2002 relatif aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de la Santé Publique (CSP)

- Arrêté du 5 mars 2004, recommandations des bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne

- Règlementation européenne sur la protection des données du 26 octobre 2023

Documents à retourner à :

Directeur

Hôpital – GROUPE SOS SANTE

Rue Ambroise Paré - BP 70069 - 57502 SAINT-AVOLD CEDEX

Tél : Secrétariat de Direction 03.87.91.81.02 – mail : dossiers-patients-stavold@groupe-sos.org
ou Service Relations avec les usagers : 03.87.91.81.73