

# Demande de transmission d'éléments médicaux

## Identité du demandeur

Je soussigné(e) :

Demeurant au :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

Merci de cocher la case ci-dessous correspondant à votre situation.

Dans tous les cas, **merci de joindre une copie de la pièce d'identité du demandeur.**

<input type="checkbox"/>	Ayant séjourné dans l'unité :	<input type="text"/>
	Du	<input type="text"/>
	Au	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/>	Ayant-droit de Mr ou Mme :	<input type="text"/>
	Ayant séjourné dans l'unité :	<input type="text"/>
	Du	<input type="text"/>
	Au	<input type="text"/>
	Motif de la demande :	
<input type="checkbox"/>	Défendre la mémoire du défunt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Faire valoir ses droits	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Connaître les causes de la mort	

<input type="checkbox"/>	Tuteur de Mr ou Mme :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Médecin désigné intermédiaire de Mr ou Mme :	<input type="text"/>
	Ayant séjourné dans l'unité :	<input type="text"/>
	Du	<input type="text"/>
	Au	<input type="text"/>

☐ **DEMANDE LA COMMUNICATION DE MON DOSSIER MÉDICAL**

☐ **DEMANDE LA COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL DE LA PERSONNE MENTIONNÉE CI-DESSUS**

## Désignation des pièces souhaitées

<input type="checkbox"/>	Comptes-rendus d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	Résultats d'examens (biologie, imagerie...)
<input type="checkbox"/>	Dossier médical complet	<input type="checkbox"/>	Comptes-rendus de consultation
<input type="checkbox"/>	Autres pièces (à préciser) : <input type="text"/>		

## Motif de la demande

<input type="checkbox"/>	Recours administratif (judiciaire, etc.)	<input type="checkbox"/>	Changement de médecin traitant
<input type="checkbox"/>	Expertise médicale	<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser) : <input type="text"/>

## Mode de communication choisi

<input type="checkbox"/>	Consultation du dossier médical sur place : <i>Prendre rendez-vous auprès du secrétariat médical au 02.47.42.43.44</i>		
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>	Remise sur place des photocopies	<input type="checkbox"/>	Envoi à votre domicile des pièces souhaitées
<input type="checkbox"/>	Envoi au médecin de votre choix :		
	Médecin désigné :	<input type="text"/>	
	N° prescripteur (obligatoire) :	<input type="text"/>	
	Adresse complète :	<input type="text"/>	

Date de la demande :

Signature: 



### **Personnes autorisées à faire une demande de dossier médical :**

- Le patient lui-même
- L'ayant droit, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'un patient décédé
- Le titulaire de l'autorité parentale d'un enfant mineur
- Le tuteur d'un majeur protégé
- Le médecin désigné comme intermédiaire

### **Pièces à fournir selon votre situation :**

#### **Le patient :**

- Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, titre de séjour, passeport)

#### **L'ayant droit, concubin ou partenaire lié par un PACS :**

- Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, titre de séjour, passeport) du patient
- Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, titre de séjour, passeport) du demandeur
- Photocopie de l'acte décès du patient
- Pièce justificative de la qualité d'ayant-droit (photocopie du livret de famille ou copie intégrale de l'acte de naissance, acte de notoriété, etc.)
- Courrier précisant le motif de la demande

#### **Le titulaire de l'autorité parentale d'un enfant mineur :**

- Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, titre de séjour, passeport) du patient
- Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, titre de séjour, passeport) du demandeur
- Photocopie du livret de famille ou copie intégrale de l'acte de naissance, établissant le lien de parenté

#### **Le tuteur du majeur protégé :**

- Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, titre de séjour, passeport) du patient
- Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, titre de séjour, passeport) du demandeur
- Photocopie du jugement de tutelle

#### **Le médecin intermédiaire désigné :**

- Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, titre de séjour, passeport) du patient
- Courrier de demande effectué sur ordonnance ou comprenant le cachet du médecin (avec n° RPPS)

### **Frais à votre charge**

- La reproduction du dossier médical est facturée à partir de la deuxième demande (première demande gratuite)
- Coût de la photocopie 0.15€/page
- Frais postaux de transmission de dossier en recommandé avec accusé de réception : tarif en vigueur (premier envoi gratuit)

### **Informations importantes**

Sans choix de votre part sur le mode communication de votre dossier ou si votre dossier n'est pas récupéré dans les 8 jours suivant sa mise à disposition par l'établissement, votre dossier sera envoyé par courrier recommandé avec accusé de réception, et l'envoi sera facturé au tarif en vigueur.

Notre établissement peut se réserver le droit de vous facturer la réalisation des photocopies, ainsi que leur envoi.

En conséquence, vous devrez vous acquitter du montant demandé par chèque à l'ordre du SMR Bel-Air ou par virement (première facturation gratuite).