



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER DE SOINS

Le présent formulaire a été rédigé conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique organisant la demande d'accès au dossier médical.

DELAI DE COMMUNICATION

Les informations médicales de moins de 5 ans sont communiquées dans un délai de 8 jours. Ce délai est porté à 2 mois si celles-ci datent de plus de 5 ans. Dans tous les cas, un délai minimal de 48 heures devra être observé par l'établissement indépendamment du mode de communication choisi.

RESIDENT CONCERNE PAR LA DEMANDE DE DOSSIER

Civilité : Madame Monsieur

Date d'entrée :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Cas particulier :

Résident décédé le :

(Seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande. Merci de renseigner directement la case ayant droit)

DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUEE PAR

Date de la demande :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté :

72, rue de Quesnoy - CS 40079 - 59 559 COMINES Cedex - Fax : 03 20 14 27 16

E-Mail : direction@hopital-comines.fr

Site internet : www.hopital-comines.fr

Toute correspondance doit être adressée impersonnellement à Monsieur le Directeur

QUALITE DU DEMANDEUR	PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE
<input type="checkbox"/> Le résident concerné	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire)
<input type="checkbox"/> Un tiers agissant en qualité de	
<input type="checkbox"/> Personne mandatée par le résident lui-même	- Copie d'une pièce d'identité du résident concerné - Copie d'une pièce d'identité du demandeur - Tout document permettant de justifier du mandat
<input type="checkbox"/> Ayant-droit Motif de la demande : <input type="checkbox"/> Pour honorer la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Pour connaître les causes de la mort <input type="checkbox"/> Pour faire valoir les droits du défunt	- Copie d'une pièce d'identité du demandeur - Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance - Copie de l'acte de décès
<input type="checkbox"/> Représentant légal du majeur	- Copie d'une pièce d'identité du résident concerné - Copie d'une pièce d'identité du demandeur - Copie du jugement de tutelle/curatelle

ELEMENTS DU DOSSIER SOLLICITES

Intégralité du dossier

Si vous ne souhaitez pas l'intégralité du dossier, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :

- Compte rendu d'hospitalisation du au
- Résultat d'examen (*précisez*) :
- Radiographies (*précisez*) :
- Autres pièces (*précisez*) :

FACTURATION DE COPIES DE DOSSIER MEDICAL

Conformément au code de la santé publique, la reproduction du dossier médical est à la charge de la personne effectuant la demande. Le coût de reproduction est établi à **0,15 euros** par copie.

Les frais d'envoi par lettre recommandée avec accusé de réception sont à votre charge.

MODE DE COMMUNICATION

- Remise des copies en main propre contre récépissé (*reproduction des copies à votre charge*)
- Envoi des copies à votre domicile (par lettre recommandée avec accusé de réception – *frais d'envoi à votre charge*)
- Consultation sur place (sur rendez-vous uniquement). Cette consultation est gratuite et un médecin vous accompagnant dans la lecture du dossier peut vous être proposé).
Souhaitez-vous un accompagnement médical dans la lecture du dossier ?
 Oui Non

Formulaire à retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires à :

Monsieur le Directeur
72, Rue de Quesnoy
CS 40079
59559 Comines Cedex

Signature du demandeur



72, rue de Quesnoy – CS 40079 – 59 559 COMINES Cedex – Fax : 03 20 14 27 16
E-Mail : direction@hopital-comines.fr
Site internet : www.hopital-comines.fr

Toute correspondance doit être adressée impersonnellement à Monsieur le Directeur