

	Formulaire de demande d'accès au dossier médical	DP-Formulaire-08
		Version : 1 Date d'application : Août 2025
Dossier médical - Formulaire		

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de tout ou partie d'un dossier médical.

Sachez que seuls les patients concernés, les représentants légaux et titulaires de l'autorité parentale, les ayants-droits et les tuteurs peuvent effectuer cette démarche, selon les textes en vigueur (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients – Code de la Santé Publique : art. L1111-7, R 111-1 à R 1111-8 – Arrêté du 5 mars 2004 – Circulaire du 21/08/2009).

1- Mes coordonnées :

NOM d'usage : NOM de naissance :
 Prénom : Date de naissance : __/__/__/
 Adresse :
 Code Postal : VILLE :
 Téléphone : __/__/__/__/__/__/ Adresse mail :

2- Les coordonnées du patient suivi et/ou hospitalisé sur le Centre Hospitalier et concerné par la demande (si différentes de celles indiquées ci-dessus) :

NOM d'usage : NOM de naissance :
 Prénom : Date de naissance : __/__/__/ Date de décès : __/__/__/
 Lien de filiation avec moi :
 Adresse :
 Code Postal : VILLE :

3- La nature de ma demande :

Je souhaite :

- ☐ La lettre de liaison remise à la sortie de mon hospitalisation (laquelle ?) :
 - ☐ Le(s) compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation(s) (lequel(s) ?) :
 - ☐ Les comptes-rendus des examens complémentaires (lequel(s) ?) :
 - ☐ Les observations enregistrées informatiquement par :
 - ☐ les médecins ☐ le personnel social (assistante sociale, éducateur)
 - ☐ le personnel soignant et paramédical (infirmiers, aides-soignants, secrétaires médicales...)
 - ☐ L'intégralité du dossier ☐ Autres :
- Année de la dernière hospitalisation ou de la dernière consultation :
 Lieu de la dernière prise en charge (hospitalisation/consultation au CMP/CSAPA) :

4- Modalités de communication des documents :

Je souhaite :

- ☐ consulter le dossier sur place (un accompagnement médical peut m'être proposé)
- ☐ recevoir les copies du dossier à mon domicile (les frais d'envoi seront à ma charge)
- ☐ que soient adressées les copies du dossier au médecin de mon choix :

NOM et adresse du médecin :

- ☐ récupérer les copies du dossier sur place

☐ au Service des Relations avec les Usagers sur le Centre Hospitalier de BEGARD

☐ au CMP / hôpital de jour qui vous a suivi :

5- Je fournis obligatoirement les pièces suivantes :

Je suis	Je fournis
☐ Le patient	☐ une copie de ma pièce d'identité recto/verso
☐ Le représentant légal ou le titulaire de l'autorité parentale	☐ une copie de ma pièce d'identité recto/verso ☐ une copie de mon livret de famille ☐ une copie de la pièce d'identité de mon enfant ☐ une attestation sur l'honneur où je déclare être titulaire de l'autorité parentale
☐ Le tuteur	☐ une copie de ma carte d'identité recto/verso ☐ une copie du jugement de tutelle
☐ L'ayant droit pour l'accès au dossier d'une personne décédée avec le motif suivant : ☐ connaître les causes de la mort ☐ défendre la mémoire du défunt ☐ faire valoir ses droits	☐ une copie de ma pièce d'identité recto/verso ☐ une copie du ou des livrets de famille ☐ une copie de l'acte de décès ☐ une copie de l'acte notarié pour justifier de la qualité d'ayant droit
☐ Le mandataire exprès (le mandat est l'aptitude conventionnelle donnée par une personne (le mandant) à une autre (le mandataire) à exercer ses droits et à agir pour son compte dans les limites de l'investiture reçue).	☐ le mandat écrit et signé par le mandant ☐ une copie de la pièce d'identité du mandant et du mandataire recto/verso

6- Informations complémentaires :

- ✓ **Délai de réponse** : les dossiers de **moins de 5 ans** sont communiqués dans un délai **de 8 jours ouvrés**. Ceux **de plus de 5 ans** seront remis dans un délai **de 2 mois au maximum**.
- ✓ **Frais d'expédition** : nous vous informons que les frais d'expédition (en lettre recommandée avec accusé de réception) seront **à votre charge**, selon les tarifs de La Poste en vigueur. Une facture vous sera adressée avec le dossier.
- ✓ Le dossier médical n'appartient pas au patient mais à l'établissement qui l'a constitué. La consultation d'un dossier médical et/ou la transmission d'une copie peut être refusée si le patient s'y est opposé. Dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques sans consentement, l'établissement peut proposer de conditionner l'accès aux informations à la présence d'un médecin.

Votre **demande complète** (formulaire de demande de dossier + pièces à fournir justificatives) est à adresser à l'adresse suivante : **Mme la Directrice Générale - Fondation Bon Sauveur - BP 01 - 22140 BEGARD**

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et accepte de régler les frais d'envois qui seront peut-être à ma charge.

Date : __/__/__/

Signature du demandeur :