

Conformément au Décret n°2002-637 du 29/04/2002 relatif à l'accès des informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, je formule ci-dessous une demande de communication de dossier patient que j'adresse au Directeur Général d'UNEOS.

1 Identification du patient (obligatoire)

NOM : NOM de jeune fille :

Prénom : Date de Naissance : / /

Adresse :
.....



Dates du séjour :

Service : Médecin :

2 Si le demandeur n'est pas le patient (obligatoire)

➔ Identification du demandeur

NOM : Prénom :

Adresse :
.....



➔ Lien avec le patient (cocher la case correspondante)

☐ ayant droit du patient décédé (successeur légal ou testamentaire)

Au regard de la loi, je précise pour quel motif je souhaite accéder au dossier du dit patient :

- ☐ connaître la cause du décès
- ☐ défendre la mémoire du défunt
- ☐ faire valoir mes propres droits

- ☐ titulaire de l'autorité parentale
- ☐ tuteur d'un incapable majeur
- ☐ personne désignée par mandat par le patient

3 Pièces justificatives à fournir (obligatoire)

➔ Demandeur	➔ Pièces à fournir
☐ patient lui-même	une copie de votre carte d'identité
☐ ayant droit	- une copie de votre carte d'identité - justificatif de la qualité d'ayant droit (acte notarié ou photocopie de votre livret de famille) - ayant droit de partenaire de PACS (acte de naissance) - ayant droit de concubin (attestation de la mairie...) - un certificat de décès de la personne concernée
☐ titulaire de l'autorité parentale	- une copie de votre carte d'identité - justificatif de la qualité de titulaire de l'autorité parentale (acte notarié ou photocopie de votre livret de famille + acte de naissance datant de moins de 3 mois)
☐ tuteur d'un incapable majeur	- une copie de votre carte d'identité - une copie du jugement de tutelle de la délibération du conseil de famille
☐ personne désignée par mandat par le patient	- une copie de votre carte d'identité - l'original du mandat - une copie de la carte d'identité de la personne mandatée

Tournez S.V.P. ➔

4 Modalités de communication *(cocher la case correspondante)*

Un pré-paiement de 40 € (un service concerné) ou de 60 € (plusieurs services concernés) est demandé pour que la demande soit traitée avec remboursement du trop perçu.

(Frais de photocopie restant à votre charge au tarif de 0,18 €/page (2,75 €/Cédérom) si examens en Imagerie si demandés + frais postaux si envoi par voie postale)

☐ ENVOI DES PHOTOCOPIES À MON DOMICILE

Dès réception du pré-paiement et des pièces justificatives demandées, et sauf indication contraire de la part du demandeur, les photocopies du dossier lui seront envoyées par courrier recommandé avec AR afin de préserver la confidentialité des informations.

☐ ENVOI DES PHOTOCOPIES DU DOSSIER À LA PERSONNE QUE JE DÉSIGNE CI-APRÈS :

- | | | |
|--|----------------------------------|---|
| ☐ Docteur | ☐ Avocat | ☐ Personne désignée par mandat |
| ☐ Médecin Conseil | ☐ Notaire | |

Nom : Prénom :

Etablissement / Société :

Adresse :

☐ REMISE EN MAIN PROPRE au sein du Service Qualité Risques Relations avec les Usagers

- ☐ au demandeur ☐ à la personne désignée par mandat *(indiquer le nom et le prénom) :*

☐ CONSULTATION SUR PLACE aux lieu et horaire qui me seront indiqués par courrier (

- ☐ SANS accompagnement médical
☐ AVEC accompagnement médical

Je suis informé(e) qu'aucune pièce ne me sera transmise :

- ➔ si je suis mineur
- ➔ si ma demande est incomplète
- ➔ si je n'ai pas fourni les pièces justificatives exigées par la loi
- ➔ si je suis ayant droit et que le patient, dont je souhaite accéder au dossier, a exprimé son refus de communication d'informations le concernant avant son décès
- ➔ si je suis le titulaire de l'autorité parentale et que le mineur, pour conserver le secret sur son état de santé, a refusé expressément la communication des informations médicales le concernant aux détenteurs de l'autorité parentale



Je suis informé(e) que si ma demande est imprécise, seuls les éléments suivants sont photocopiés :

- courriers de synthèse
- le cas échéant, comptes rendus opératoires et résultats anatomopathologiques

5 Complément d'information sur la nature des pièces demandées

- ☐ séjour(s) en particulier *(à préciser)* ☐ dossier complet ☐ autre *(à préciser)*

Fait à

Signature du demandeur :

Le