

**Je soussigné(e) :** Nom : .....Prénom(s) : .....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

Domicilié(e) : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

**Si le patient est mineur ou majeur sous tutelle :**  père  mère  représentant légal de :

Nom du patient : ..... Prénom : ..... Né(e) le ...../...../.....

**Demande à obtenir la communication des documents suivants, établis par l'établissement**

à mon nom

au nom du patient dont je suis le représentant légal

L'intégralité de mon dossier médical (dossier médical, dossier de soins infirmiers, et le cas échéant, dossier transfusionnel, dossier anesthésique)

ou

Le compte rendu opératoire

ou

Le compte rendu de mon (son) hospitalisation

ou

Le ou les autres documents précisés ci-dessous :

.....

.....

**Renseignement facilitant la recherche du dossier**

Date d'hospitalisation :

Du : ...../...../.....

Au : ...../...../.....

Service d'hospitalisation : .....

Nom du médecin : .....

N° d'identification du dossier : .....

(si vous le connaissez)

**Selon les modalités suivantes :**

A m'envoyer en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception à mon adresse (indiquée ci-dessus)

ou

Envoi postal au Docteur : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

ou

A me remettre en main propre, sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service).

ou

A consulter sur place dans l'établissement. Dans ce cas, je serai assisté par un médecin.

**Le demandeur est informé :**

- Que les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications. Le médecin pourra donc parfois souhaiter que leur communication s'effectue avec des précautions particulières, en conformité avec ses obligations déontologiques.
- Que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- Que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de réception de sa demande **complète** pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens (la loi prévoit 2 jours de réflexion pendant lequel le dossier ne peut pas être communiqué).
- Que la 1<sup>ère</sup> mise à disposition est gratuite.

**Date de la demande :** ...../...../.....

**Signature du demandeur :**

**Ce document doit être retourné à la Direction de l'établissement  
complété et accompagné des pièces suivantes :**

<b>Demandeur</b>	<b>Pièces à fournir</b>
Majeur capable	- copie recto verso de la pièce d'identité - copie de la carte vitale (ou de l'attestation)
Personne titulaire de l'autorité parentale	- copie recto verso de la pièce d'identité - copie recto verso de la pièce d'identité du mineur - copie de la carte vitale (ou de l'attestation) dont relève le mineur - copie du livret de famille ou de la décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale (ordonnance ou décision du juge aux affaires familiales).  Le mineur peut refuser à son/ses représentants légaux l'accès à son dossier ou le conditionner à la présence d'un médecin lors de sa consultation.
Représentant légal d'un majeur sous tutelle	- copie recto verso de la pièce d'identité du tuteur - copie recto verso de la pièce d'identité du majeur protégé - copie de la carte vitale (ou de l'attestation) du majeur protégé - copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur (ordonnance du juge des tutelles).

**Nom de la personne désignée par le Directeur de l'établissement pour recevoir les demandes d'envoi de documents médicaux :**

Nom : HOTOLEAN

Prénom : Chrystelle

**Adresse :**

**Hôpital Privé Drôme Ardèche – 294 bd Charles de Gaulle – 07500 GUILHERAND-GRANGES**