

Formulaire de demande d'accès au dossier patient

Vous souhaitez accéder à **votre dossier médical « clinique »** ou vous voulez accéder au dossier médical « clinique » de la personne suivante :

- votre **enfant mineur** (si vous êtes le titulaire de l'autorité parentale),
- le **majeur placé sous tutelle** (si vous êtes le tuteur),
- le **patient décédé** (si vous êtes ayant droit),
- un **patient** (si vous êtes mandaté par ce dernier)

Veillez compléter le formulaire ci-dessous et l'envoyer à l'adresse suivante accompagné des pièces justificatives :

Direction
Polyclinique de l'Ormeau
12 chemin de l'Ormeau
65000 Tarbes

Votre identité (demandeur)

Civilité : Mme M.

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Adresse : Adresse mail :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Portable :

Identité du patient concerné par la demande (si différent du demandeur)

Civilité : Mme M.

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Adresse : Adresse mail :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Portable :

Pièces justificatives à fournir

Vous êtes	Pièces justificatives à fournir
<input type="checkbox"/> <u>Le patient lui-même</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire)
<input type="checkbox"/> <u>L'ayant droit de la personne décédée</u> Vous devez motiver votre demande : <input type="checkbox"/> Connaitre les causes de la mort <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt (*) <input type="checkbox"/> Faire valoir vos droits (Ex : droit à pension, droit à assurance, réparation d'un préjudice, ...) (*) (*) Précisez le motif de votre demande :	<ul style="list-style-type: none"> - Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité - Une copie de l'acte de décès - Une copie d'un document pouvant justifier que vous êtes ayant droit de la personne décédée (livret de famille, acte de notoriété, ...) <p>Remarque : la copie du livret de famille ne sera acceptée que pour les enfants du patient décédé.</p> <p>L'ayant droit est le successeur légal de la personne décédée conformément au Code civil.</p>
<input type="checkbox"/> <u>Le tuteur du majeur placé sous tutelle</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité - Une copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient placé sous tutelle et concerné par la demande - Une copie du jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> <u>Le titulaire de l'autorité parentale</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité - Une copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient mineur - Une copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance
<input type="checkbox"/> <u>La personne mandatée par le patient</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité - Une copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient concerné par la demande - Un document écrit permettant de justifier du mandat daté et signé par le patient concerné

Pièces du dossier patient souhaitées

L'intégralité du dossier

Certaines pièces

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comptes rendus opératoire | <input type="checkbox"/> Correspondances échangées entre professionnels de santé |
| <input type="checkbox"/> Dossier infirmier | <input type="checkbox"/> Résultats d'examen : |
| <input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Autres pièces : |
| <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie | |

Périodes et Services

Dates d'hospitalisation

Services d'hospitalisation

<u>Dates d'hospitalisation</u>	<u>Services d'hospitalisation</u>

Modalités de communication

- Consultation sur place
- Remise de la copie que vous viendrez chercher sur place
- Dans l'un de ces deux cas souhaitez-vous
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| La présence d'un accompagnement médical proposé par l'établissement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La présence d'une tierce personne (personne de votre choix) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
- Envoi de la copie à votre domicile
- Envoi de la copie au médecin de votre choix (précisez ses coordonnées) :
-
-
-

Remarque : Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur.

Fait à

Signature

Le