

 <b>ELSAN</b> HÔPITAL PRIVÉ DE VITRY	<b>Formulaire de demande d'un dossier médical</b>	ENR.DIP.003 Version 1
Application : 06/07/2017		Pagination : <b>1 / 2</b>

Afin de pouvoir satisfaire votre demande, nous vous remercions de nous retourner par courrier ce formulaire dûment complété, accompagné des pièces nécessaires (voir « Identité/Qualité du patient/demandeur ») et du règlement des éventuels frais de copie et d'envoi (voir « modalités de communication du dossier »), à l'attention du **Service de demandes des dossiers médicaux** :

 **Site Pasteur**

22 rue de la Petite Saussaie  
94400 VITRY-SUR-SEINE

 **Site Les Noriets**

12 rue des Noriets  
94400 VITRY-SUR-SEINE

**Identité du patient demandeur**

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : .....

Domicilié(e) à : .....

Code Postal : \_\_\_\_ Commune : .....

 Téléphone : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  Adresse mail : .....@.....

 **Patient** :

*Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité.*

**Identité et qualité du demandeur (hors patient)**

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : .....

Domicilié(e) à : .....

Code Postal : \_\_\_\_ Commune : .....

 Téléphone : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  Adresse mail : .....@.....

 **Titulaire de l'autorité parentale** :     Père     Mère

*Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité et du livret de famille. En cas de divorce, fournir l'ordonnance du Juge des Affaires Familiales.*

 **Déléataire de l'autorité parentale** :

*Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité et de la décision du Juge des Affaires Familiales.*

 **Tuteur** :

*Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité et de l'ordonnance du Juge des tutelles.*

- Ayant-droit** :     Conjoint     Père/Mère     Frère-sœur  
 Enfant     Autre parent     Autre, précisez.....

*Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité et selon le cas :*

- ✓ *Le conjoint marié et les enfants : copie du livret de famille attestant du lien de parenté.*
- ✓ *Les autres ayants droit : acte de notoriété (acte établi par un notaire qui indique quels sont les héritiers du défunt).*
- ✓ *Le partenaire de PACS : copie du PACS.*
- ✓ *Le concubin : certificat de vie commune (ou de concubinage) délivré en mairie ou, à défaut, (car toutes les mairies ne délivrent pas ce type de document), une attestation sur l'honneur signée par les 2 concubins.*

 <b>ELSAN</b> HÔPITAL PRIVÉ DE VITRY	<b>Formulaire de demande d'un dossier médical</b>	ENR.DIP.003 Version 1
		Application : 06/07/2017

Personne mandatée par le patient :

*Fournir une copie recto-verso d'une pièce d'identité du patient et du mandant.*

→ <i>Partie à compléter par le patient :</i>	→ <i>Partie à compléter par la personne mandatée :</i>
Je, soussigné(e) (nom, nom de jeune fille et prénom du patient) ..... né(e) le __ / __ / _____, autorise (nom et prénom du mandaté) ..... à solliciter auprès du Service de demandes des dossiers médicaux de l'Hôpital Privé de Vitry l'accès à mon dossier médical. Fait le ....., à ..... <p style="text-align: center;"><b>Nom et signature du patient</b></p>	Je, soussigné(e) (nom et prénom du mandaté) ..... certifie n'avoir aucun conflit d'intérêt ni défendre d'autres intérêts que ceux de (nom, nom de jeune fille et prénom du patient) ..... Fait le ....., à ..... <p style="text-align: center;"><b>Nom et signature du mandaté</b></p>

**Remarques :**

- Le dossier n'est pas communicable si le défunt s'y est opposé avant son décès.
- En qualité d'ayant-droit, vous n'avez accès qu'aux seules informations nécessaires à la réalisation de l'un des motifs suivants et uniquement à ces informations (item obligatoire, en application des articles R.1111.7 et L.1110-4 du Code de la Santé Publique) :
  - Connaître les causes du décès
  - Défendre la mémoire du défunt
  - Faire valoir ses droits  à pension  à assurance  à réparation d'un préjudice

**Éléments du dossier souhaités**

- Intégralité du dossier médical
- Compte(s) rendu(s) opératoire/accouchement/césarienne (rayé la (les) mention(s) inutile(s))
- Compte(s) rendu(s) d'hospitalisation-lettre de sortie
- Autres, précisez.....

Service(s) d'hospitalisation	Nom du (des) médecin(s)	Date(s) d'hospitalisation
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Modalités de communication du dossier**

- Consultations sur place du dossier sur RDV<sup>(1)</sup> – Gratuit
- Consultations sur place du dossier sur RDV<sup>(1)</sup> et en présence d'un professionnel du service – Gratuit
- Remise en main propre, sur RDV<sup>(1)</sup>, d'extrait(s) du dossier – Gratuit
- Remise en main propre, sur RDV<sup>(1)</sup>, du dossier complet – 20 €<sup>(2)</sup>
- Envoi postal en recommandé avec accusé réception d'extrait(s) du dossier à l'adresse indiquée par le demandeur – 10 €<sup>(2)</sup>
- Envoi postal en recommandé avec accusé réception du dossier complet à l'adresse indiquée par le demandeur – 30 €<sup>(2)</sup>

Fait à ..... le ..... Signature du demandeur :

<sup>(1)</sup> Le service de demandes des dossiers médicaux vous contactera pour convenir d'un RDV

<sup>(2)</sup> Le règlement s'effectue par chèque, à l'ordre de l'Hôpital Privé de Vitry. Une facture vous sera délivrée avec la remise ou l'envoi du dossier ou de son extrait.