

Formulaire de demande d'accès au dossier médical

Pour obtenir la communication de votre dossier médical, veuillez nous retourner ce formulaire dûment complété, daté et signé, par courrier ou mail accompagné des pièces nécessaires (voir page 2).

Hopital Foch
Service Relations Usagers
Direction Générale
40 rue Worth , à Suresnes
Tel : 01-46-25-21-34
Mail : service.juridique@hopital-foch.com

Coordonnées du demandeur :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse mail : _____

Votre demande concerne :

- Vous-même
- Patient mineur, sous tutelle, autre (préciser)
- Patient décédé (*Le droit d'accès au dossier médical du défunt est strictement encadré par la loi. Le demandeur devra justifier sa demande par l'un des trois motifs prévus par la loi (connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt, faire valoir ses droits). L'établissement vérifie la qualité du demandeur et la recevabilité du/des motifs invoqué(s) et ne communique que les éléments nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi.*
- Connaître les causes du décès
 - Défendre la mémoire du défunt (précisez) : _____
 - Faire valoir ses droits(précisez) : _____

Identité du patient :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Les éléments du dossier dont vous demandez copie (à cocher) :

- Compte rendu d'hospitalisation : du _____ au _____
- Résultats d'examens (précisez) : _____
- Radiographies _____
- Intégralité du dossier (précisez la date du ou des séjours) : _____

Les modalités de communication :

Délai : Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués **dans un délai de 8 jours** ;
Ceux de plus de 5 ans dans **un délai de 2 mois au maximum** ;

Attention, les dossiers de plus de 20 ans sont détruits conformément à la réglementation en vigueur.

- Je souhaite venir récupérer les documents à l'hôpital Foch (*le secrétariat du service concerné vous contactera pour vous donner rendez-vous*)
- Je souhaite l'envoi postal à mon domicile
- Je souhaite l'envoi des documents à mon médecin (*Nom, prénom, adresse*) : _____

Date et signature :

Les pièces à fournir

Patient

- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité**

Représentants d'un mineur

- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent demandeur**
- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient mineur**
- ✓ **Copie du livret de famille (partie parents et enfants)**

Représentants légaux d'un majeur sous tutelle

- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur**
- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient sous tutelle**
- ✓ **Copie du jugement de tutelle**

Patient décédé

- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur**
- ✓ **Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient décédé**
- ✓ **Copie de l'acte de décès**
- ✓ **Copie du livret de famille ou de tout autre document attestant du lien de filiation entre le demandeur et la personne décédée**
- ✓ **Tout document permettant d'attester du concubinage (*Certificat de concubinage*)**
- ✓ **Un extrait d'acte de naissance faisant mention du PACS(*disponible auprès de la mairie du lieu de naissance*)**