

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

Si vous avez été pris(e) en charge à l'Institut Sainte Catherine et vous souhaitez obtenir les documents médicaux qui vous concernent ou si vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un défunt, veuillez renseigner et adresser l'imprimé ci-dessous au secrétariat du Département d'Information Médicale (DIM) de l'Institut.

DELAI ET MODALITES DE COMMUNICATION :

- Dans les 8 jours suivant la date de réception de la demande pour des informations médicales datant de mois de 5 ans, ou dans un délai de 2 mois pour des informations médicales datant de plus de 5 ans.
- Soit par consultation sur place : accompagnement par le médecin responsable de votre prise en charge ou tout autre médecin si vous le souhaitez.
- Soit par envoi de photocopies par courrier en accusé-réception (**frais de reprographie et frais d'expédition à la charge du demandeur** : tarif en vigueur appliqué par la Poste pour les courriers envoyés en recommandé R2 avec avis de réception).



Je soussigné(e), Mme/Mlle/M. :

né(e) le : à :

domicilié(e) à :

n° de téléphone (impératif) :

Le cas échéant, si vous êtes ayant droit représentant légal, identité de la personne dont vous demandez le dossier :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

MOTIF DE VOTRE DEMANDE (si vous êtes un ayant-droit du patient) :

- faire valoir un de vos droits, précisez lequel :
- connaître les causes du décès du patient
- défendre la mémoire du défunt, pour quel motif :

Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 03 janvier 2007), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus.

MODALITE DE COMMUNICATION :

- Envoi de copies à votre domicile
- Envoi de copies à médecin de votre choix, précisez :
nom, adresse :
- Remise de copies en main propre
- Consultation sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE :

- **DANS TOUS LES CAS** : une photocopie de votre carte nationale d'identité (recto-verso) ou de votre passeport
- **VOUS ETES UN AYANT-DROIT** d'un patient : document attestant votre qualité d'ayant-droit obtenu auprès d'un notaire ou de l'Etat Civil
- **VOUS ETES REPRESENTANT LEGAL** d'un patient (patient mineur ou sous tutelle) : document attestant votre qualité

Date :

Signature :