

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Identité du demandeur

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Téléphone (obligatoire) : _____

_____ Mail : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Agissant en qualité de :

	Justificatifs à joindre à la demande
<input type="checkbox"/> Patient	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Représentant légal d'une personne mineure	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur - Copie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance
<input type="checkbox"/> Tuteur d'un majeur protégé au titre d'une mesure de protection de la personne	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur et du patient concerné - Copie du jugement de désignation en qualité de représentant légal
<input type="checkbox"/> Mandataire désigné par le patient	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du mandataire et du patient concerné - Mandat exprès original désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical
<input type="checkbox"/> Ayant droit (en cas de décès du patient) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> père/mère <input type="checkbox"/> frère/soeur <input type="checkbox"/> enfant majeur <input type="checkbox"/> Concubin, partenaire lié par un PACS	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur - Copie de l'acte de décès
<p>En qualité d'ayants droit, de concubin ou d'un partenaire lié par un PACS vous ne disposez pas d'un accès à l'ensemble des pièces du dossier médical de la personne décédée. Vous êtes autorisé(e) à accéder qu'aux seuls éléments en lien avec le motif invoqué, sauf volonté contraire du défunt (cocher la case correspondante) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> *défendre la mémoire du défunt (le demandeur doit démontrer que la mémoire du défunt est menacée) <input type="checkbox"/> *faire valoir vos droits (ensemble des droits patrimoniaux, successoraux et juridiques) <input type="checkbox"/> Obtenir des informations en cas d'examen génétique au sein d'une famille 	<p>Justificatifs auxquels il convient d'ajouter, selon sa qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copie du livret de famille (conjoint survivant et enfant du défunt) - Copie de la convention de PACS (partenaire) - Acte de notoriété ou certificat d'hérédité (autres demandeurs) - Documents justificatifs du lien de concubinage

Patient concerné par la demande (si différent du demandeur)

Monsieur Madame

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Date de décès, le cas échéant (pour les ayants droits, le concubin ou le partenaire lié par un PACS) : _____

Service(s) et période(s) d'hospitalisation

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation : _____

Nom du ou des services de soins : _____

Documents demandés

Dossier hospitalisation complet Dossier de consultation complet

Document spécifique : _____

Modalités de communication

L'EPSM des Flandres souhaite privilégier l'accompagnement de la personne lors de la consultation des pièces constituant le dossier médical. A cet effet, un rendez-vous peut être fixé, en présence du médecin référent. Vous avez la possibilité de venir accompagné par la personne de votre choix.

Envoi postal par lettre recommandée avec accusé de réception (sans frais).

Envoi postal simple

à l'adresse du demandeur

à l'adresse du médecin ci-dessous désigné ou autre adresse postale :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Remise en main propre dans le service concerné (un rendez-vous vous sera proposé par téléphone ou par e-mail)

Consultation sur place, avec accompagnement par un médecin si celui-ci estime, au regard de la situation clinique, que la présence d'un professionnel est nécessaire lors de la consultation des documents. Cette modalité concerne les patients hospitalisés ou ayant été pris en charge en soins sans consentement.

Date et signature :

Ce formulaire est à retourner dûment complété, daté et signé,
et accompagné du ou des justificatifs requis, à :

EPSM des Flandres
Service des Relations avec les Usagers
790 route de Locre
59270 Bailleul