

Je soussigné (e) :

Remplir et cocher les cases

NOM :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :	/__/__/__/__/__/__/__/
Type et N° de pièce d'identité
<i>Joindre une copie de la pièce d'identité (C.N.I.)</i>	
Adresse :	N° Rue :

	Code postal /.../.../.../.../ Ville :
Téléphone :	/__/__/__/__/__/__/__/

II. QUALIFICATION :

Cas n° 1 : Vous êtes le patient lui-même :
(ou le titulaire de l'autorité parentale si le patient est mineur, ou le tuteur)

Cas n° 2 : Vous êtes un ayant-droit du patient (patient décédé) :
Si OUI, veuillez préciser le lien de parenté :

N'oubliez pas de joindre les documents qui le prouvent (voir fiche d'information concernant l'accès au dossier médical) et le certificat de décès si le patient est décédé en dehors de l'hôpital.

NOM du patient (si différent du demandeur) :

Nom de jeune fille (si différent du demandeur) :

Prénom du patient (si différent du demandeur) :

MOTIF de la demande d'accès au dossier (à cocher obligatoirement si le demandeur n'est pas le patient, article R1111-7 CSP) : *Seuls les éléments du dossier médical répondant au(x) motif(s) invoqué(s) seront communiqués au demandeur :*

Connaître les causes du décès Défendre la mémoire du défunt Faire valoir vos droits

III. SOUHAITE :

Des documents

Préciser :

.....

Date : __/__/__

sans frais jusqu'à 4 documents

OU

Un dossier d'hospitalisation

Date d'un séjour du __/__/__ Au __/__/__

Les frais de copie et d'envoi sont à ma charge

IV. MODE DE CONSULTATION DU DOSSIER :

- Cas n° 1** : je souhaite consulter sur place à l'hôpital le dossier médical et recevoir par le médecin responsable toutes les informations utiles
- Cas n° 2** : je souhaite qu'une copie du dossier médical me soit remise à l'hôpital
- Cas n° 3** : je souhaite qu'une copie du dossier médical me soit envoyée à mes frais

Les frais de copie et d'envoi sont à la charge du demandeur.

Forfait de 20 euros pour l'impression et la mise à disposition du dossier médical

Frais d'envoi postaux de 10 euros (lettre recommandée avec accusé de réception)

Joindre à cet imprimé un chèque de 20 ou 30 euros selon le mode de communication choisi.

V. DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL :

Pour la bonne compréhension des informations contenues dans votre dossier médical, la présence d'un médecin vous est vivement recommandée.

Par ailleurs nous vous informons que le médecin qui a été en charge de votre hospitalisation sera à votre disposition, sur rendez-vous, pour vous fournir toutes les informations que vous souhaitez détenir concernant votre séjour.

VI. SIGNATURE ET ACCEPTATION :

Je soussigné(e) auteur de la présente demande, atteste avoir été informé(e) des différents modes d'accès au dossier médical et de l'existence d'un dispositif d'accompagnement médical.

J'atteste avoir qualité pour consulter le dossier médical demandé en application de l'arrêté du 5 mars 2004 (patient lui-même, titulaire de l'autorité parentale, tuteur ou ayant-droits dans certains cas).

Fait à :

le : ___/___/___

Signature :

Merci de retourner cet imprimé dûment complété et signé à l'adresse suivante :

Hôpital Européen de Marseille
Secrétariat de Direction
6 Rue Désirée CLARY – 13003 Marseille
Téléphone : 04 13 42 70 00