

## UN DOSSIER MEDICAL

Ce document est à remplir et à adresser soit par :

- 1) courrier à : Centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël, Service des relations avec les Usagers, demande d'accès dossier médical, 240 Avenue de Saint-Lambert, CS 90110, 83608 Fréjus Cedex.
- 2) courriel : [sru@chi-fsr.fr](mailto:sru@chi-fsr.fr)
- 3) dépôt physique : boîte aux lettres dédiée hall d'entrée

**NOM DU DEMANDEUR :** .....

Prénom : ..... Date de naissance .....

Adresse : .....

Tel : ..... Courriel @ : .....

**Je transmets obligatoirement une copie recto-verso d'une pièce d'identité.**

En communiquant votre courriel, vous autorisez son utilisation interne.

**IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)**

**NOM et prénom de la personne pour qui l'accès au dossier médical est demandé :**

.....

Nom de jeune fille éventuellement : .....

Date de naissance : .....

Je coche la case correspondante pour indiquer le lien existant entre moi et la personne pour qui l'accès au dossier médical est demandé :

**Personne exerçant l'autorité parentale:** je transmets la copie du livret de famille attestant de votre autorité parentale, la copie de la décision de justice relative à l'autorité parentale.

**Tuteur légal:** je transmets la copie de l'acte de jugement instituant la tutelle.

**Ayant-droit du patient décédé:** je transmets la copie de l'acte de décès et un justificatif d'ayant droit (par exemple: photocopie du livret de famille et/ou certificat d'hérédité, etc.).

Je note que j'accéderai uniquement à l'information en lien avec le(s) motif(s) de ma demande

à cocher :  Connaître la cause du décès  Défendre la mémoire du défunt  Faire valoir ses droits

*Si vous avez une précision à communiquer quant au motif de votre demande ou les informations recherchées :*

**POUR FACILITER LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL : RENSEIGNEZ LES CHAMPS SUIVANTS SAUF POUR L'AYANT-DROIT DU PATIENT DECEDE :**

Hospitalisation du : ..... au .....

Dans le ou les services de : .....

Je souhaite avoir accès au(x) :

Examens de laboratoire

Compte rendu opératoire

Compte rendu de fin d'hospitalisation / lettre de sortie

Synthèse des urgences

**OU**

Dossier complet

**OU**

Autre, précisez : .....

Un accès par QR CODE aux clichés d'imagerie a été mis en place en 2023. Si vous avez obtenu ce QR-CODE et que vous souhaitez tout de même obtenir des clichés papiers, nous vous informons que nous ne pouvons plus en délivrer.

**POUR INFORMATION – Depuis le 26 octobre 2023, la première demande est gratuite. Seuls les frais d'envoi en recommandés sont facturés.**

**MODALITES DE COMMUNICATION :**

**Consulter le dossier sur place** (j'indique un numéro de téléphone pour être contacté rapidement). La consultation est gratuite sauf la demande de reproduction de documents qui est payante.

**Récupérer la copie des documents cochés ci-dessus sous 30 jours** et m'engager à régler la facture des frais de reproduction adressée par l'hôpital dans les plus brefs délais. Au-delà de 30 jours le dossier me sera envoyé en lettre recommandée avec accusé de réception à mes frais.

Je donne procuration à M/Mme ..... né(e) le ..... qui présentera sa pièce d'identité, si je ne peux pas me déplacer personnellement pour récupérer mon dossier.

**Recevoir ces documents à l'adresse indiquée plus haut en lettre recommandée avec accusé de réception** (frais d'envoi en fonction du poids et du tarif en vigueur à la charge du demandeur en plus de frais de reproduction).

Date : .....

Je soussigné(e) .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature

x