

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL



PATIENT	DEMANDEUR (si différent du patient)
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse	Adresse
.....
Tél. :	Tél. :

QUALITE DU DEMANDEUR	JUSTIFICATIFS A FOURNIR
<input type="checkbox"/> Vous êtes le patient	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour)
<input type="checkbox"/> Vous êtes titulaire de l'autorité parentale d'un patient mineur <i>Attention : le mineur peut refuser à son/ses représentants légaux l'accès à ses informations personnelles médicales ou le conditionner à la présence d'un médecin lors de sa consultation</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Copie de votre pièce d'identité et de celle du mineur (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour) ◆ Copie du livret de famille ou décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale
<input type="checkbox"/> Vous êtes tuteur d'une personne sous tutelle	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour) ◆ Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur
<input type="checkbox"/> Vous êtes un ayant-droit d'un patient décédé : <i>Attention : sauf volonté contraire exprimée par le défunt avant sa mort</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour) ◆ Copie du livret de famille ◆ Copie de l'acte de notoriété ou du certificat d'hérédité attestant que vous êtes un successeur légal ou testamentaire du défunt. <p>PRECISER IMPERATIVEMENT le motif de la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les causes de la mort ou <input type="checkbox"/> défendre la mémoire du défunt ou <input type="checkbox"/> faire valoir ses propres droits (<i>Dans ce cas merci de préciser le contexte de votre demande</i>)



INFORMATIONS DEMANDEES SI VOUS ÊTES LE PATIENT DEMANDEUR

L'ensemble du dossier

Sinon précisez :

Pièce(s) particulière(s) du dossier correspondant à l'hospitalisation du
dans le service : avec le Dr.....

Pièces (compléter sur feuille libre si besoin) :
.....
.....

ou

Partie du dossier correspondant à l'hospitalisation du :
Dans le service : avec le Dr.....

Partie (compléter sur feuille libre si besoin) :
.....
.....
.....

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL



GROUPE HOSPITALIER
MUTUALISTE DE GRENOBLE
Clinique d'Alembert, Clinique des Eaux-Clares, Institut Daniel HOLLARD

Formulaire - Page 3 / 3 -

Référence : FO-PCP-DPA-006

Version 5 du 30/03/2016

MODALITES DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DEMANDEES

Consultation sur place	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagnement médical avec le médecin qui vous a suivi(e) <input type="checkbox"/> Accompagnement médical avec un autre médecin <input type="checkbox"/> Accompagné(e) d'une tierce personne de votre connaissance :
Copies Tel que le prévoit l'article L1111-7 du code de la santé publique, les frais de copie de votre dossier et de son expédition (0,35 € par copie + affranchissement accusé/réception selon le tarif postal en vigueur) sont à votre charge.	<input type="checkbox"/> Enlèvement sur place <input type="checkbox"/> Envoi en recommandé avec accusé de réception à mon adresse (frais d'envoi en sus suivant tarif de la poste en vigueur) <input type="checkbox"/> Envoi en recommandé avec accusé de réception chez mon médecin (frais d'envoi en sus suivant tarif de la poste en vigueur) : NOM : ADRESSE :

Fait àLe.....

Signature du demandeur :

DOCUMENT À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Département D'Information Médicale
Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble
8 rue du Docteur Calmette CS 10043 – 38028
Grenoble cedex 1