



Hospices Civils de Beaune

Formulaire de demande de communication du dossier médical

I. IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénoms :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone : Mail :
Cas particulier : patient décédé le : (Seuls les ayants droits peuvent faire cette demande (1))

II. IDENTITE DU DEMANDEUR (A compléter si différent de ci-dessus)

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone : Mail :

III. JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE

Vous agissez en tant que : (cochez la case correspondante)

Patient → Je joins :

- Copie pièce identité recto verso en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport)

Mandaté par le patient lui-même → Je joins :

- Copie pièce identité recto verso en cours de validité
- Copie pièce identité recto verso du patient en cours de validité
- Document écrit, daté et signé du patient justifiant du mandat

Représentant légal du patient mineur → Je joins :

- Copie pièce identité recto verso en cours de validité
- Copie pièce identité recto verso du patient mineur en cours de validité
- Copie livret de famille ou extrait acte de naissance
- Le cas échéant, une copie du jugement attestant de l'autorité parentale

Tuteur du patient → je joins :

- Copie pièce identité recto verso en cours de validité
- Copie pièce identité recto verso du patient en cours de validité
- Copie du jugement de tutelle

Ayant Droit → je joins :

- Copie pièce identité recto verso en cours de validité
- Copie acte de décès
- Copie document justifiant de la qualité d'ayant droit (livret de famille, acte de naissance, acte de notoriété ou certificat d'hérédité)

→ (1) **Motif de la demande** (Art L1110-4 du code de la santé publique)

Seules peuvent être délivrées aux ayants droit les informations nécessaires pour :

- Connaître les causes de la mort Défendre la mémoire du défunt Faire valoir leurs droit

(Cocher le motif correspondant à votre demande)

IV. PIECES SOUHAITEES

Je souhaite recevoir : (cochez la case correspondante)

L'intégralité du dossier médical ou **Les pièces ci-dessous :**

- Compte rendu d'hospitalisation et/ou de consultation Compte rendu opératoire
 Courriers médicaux résultats examens (précisez)
 Clichés et compte rendus d'imagerie Autres (précisez)
.....)

V. PERIODES ET SERVICES

Précisez dans le tableau ci-dessous, le(s) séjour(s) concerné(s) par la demande :

Date entrée	Date sortie	Service hospitalisation ou de consultation

VI. MODE DE COMMUNICATION ET FACTURATION

- **Mode de communication choisi** : (cochez la case de votre choix)
 - Envoi des copies à mon adresse personnelle** sous pli recommandé avec accusé de réception
 - Envoi des copies au médecin de mon choix** désigné ci-dessous sous pli recommandé avec accusé de réceptionNom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
 - Remise des copies sur place** (Le secrétariat médical en charge de votre demande vous recontactera afin de convenir de la date de retrait)
 - Consultation des documents sur place** et ne demande pas de copies. (vous avez la possibilité de vous faire accompagner d'un médecin ou d'une tierce personne)

Afin de garantir la confidentialité et le secret du dossier médical, aucune information médicale ne pourra être transmise par mail ou fax.
- **Frais d'envoi et de copies** :
Les frais de délivrance des copies, ainsi que les éventuels frais d'envoi seront à votre charge (tarifs de la poste en vigueur)
Tarifs de facturation :
 - 0.18 € par photocopie papier
 - 3.20 € par cliché radiographique
 - 1.83 € par disquette
 - 2.75 € par CD ROMUne facture vous sera adressée ultérieurement.

VII. DELAI COMMUNICATION

Le dossier médical ne pourra vous être communiqué au plus tôt qu'après l'observation d'un délai de réflexion de 48 heures suivant la réception de votre demande complète (formulaire dûment rempli, pièces justificatives transmises). L'établissement dispose d'un délai de **8 jours** pour transmettre les informations médicales datant de moins de 5 ans. Ce délai est porté à **2 mois** pour les informations médicales datant de plus de 5 ans.

A....., le.....
Signature

A retourner complété, signé et accompagné des justificatifs nécessaires à :
Direction des Affaires Générales, de la Qualité et de la Gestion des risques
Hospices Civils de BEAUNE – Avenue Guigone de Salins – BP 40104 –
21203 BEAUNE CEDEX

Réception demande le :