

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT

Formulaire à remplir **uniquement** si votre demande concerne tout document ne portant pas sur votre dernière hospitalisation ou votre dernière consultation de l'année en cours ou si vous êtes ayant-droit.

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Je soussigné(e),

Mme/M (nom d'usage, prénoms, nom de jeune fille)

Né(e) le

Domicilié(e)

Téléphone fixe : / / / / | Téléphone portable : / / / /

Adresse de messagerie :@.....

Agissant en tant que :

Patient

Représentant légal pour les mineurs, en ma qualité de Mère Père

Tuteur

Mandataire ou curateur

Identité du patient mineur ou majeurs protégés :

Nom..... Prénoms

Né(e) le..... à

Adresse

Téléphone fixe : / / / / | Téléphone portable : / / / /

Adresse de messagerie :@.....

MODE DE COMMUNICATION

Je souhaite avoir accès aux documents demandés selon la modalité suivante :

Consultation dans le service d'hospitalisation. Le secrétariat du service vous contactera pour prendre rendez-vous.

Envoi de la copie de mon dossier médical à mon domicile (lettre recommandée avec accusé de réception - LRAR - Frais d'envoi à votre charge).*

Envoi de la copie de mon dossier médical sur mon dossier médical partagé (DMP), hors imagerie médicale.

Remise de la copie de mon dossier médical par le service concerné. Le secrétariat vous contactera

pour convenir avec vous de la date à laquelle vous pourrez effectuer ce retrait.

Envoi de la copie au médecin de mon choix :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone fixe :

N° téléphone portable :

Adresse de messagerie **sécurisée** :

.....@.....

Envoyer par courrier à l'adresse suivante



Demande d'accès au dossier médical
Département de l'Information Médicale - Bât. 3D
CHU de Clermont-Ferrand
58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand cedex 1



Envoyer par e-mail à l'adresse suivante

acces-dossier@chu-clermontferrand.fr

ÉLÉMENTS DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL QUE VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR

Veuillez compléter le tableau ci-dessous en précisant les documents souhaités afin que votre demande soit prise en compte.

Établissement (1)	Documents souhaités	Dates / Période	Service / Nom du médecin	Séjour (2)	Imagerie médicale (3)
				<input type="radio"/> C <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> CD
				<input type="radio"/> C <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> CD
				<input type="radio"/> C <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> CD
				<input type="radio"/> C <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> CD
				<input type="radio"/> C <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> CD
				<input type="radio"/> C <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> CD
				<input type="radio"/> C <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> CR <input type="radio"/> CD

(1) préciser le site concerné : Gabriel-Montpied, Estaing, Louise-Michel ou Psychiatrie

(2) C = consultation ; H = hospitalisation | (3) CR = compte-rendu ; CD = mise à disposition de l'imagerie sur CD

CAS DES AYANTS DROIT



Vous êtes ayant-droit. En conséquence, l'ensemble du dossier du défunt ne peut vous être transmis. Seules les pièces qui répondent au motif choisi vous seront transmises.

Nom du défunt : Prénom :

Nom de jeune fille : Né(e) le :

Décédé(e) le : Lien de parenté :

Je souhaite cette communication pour :

- soit connaître les causes du décès du patient.
- soit défendre la mémoire du défunt (cas des distinctions honorifiques, etc.).
- soit faire valoir mes droits (cocher la situation concernée ci-dessous - 1 seul motif à cocher)

- procédure d'annulation d'un testament
- procédure contentieuse
- justifier de ses droits auprès d'une compagnie d'assurance
- maladie professionnelle due à l'amiante
- reconnaissance d'une exposition à l'amiante
- connaître les dysfonctionnements, maltraitance et

erreurs dans la prise en charge. *Merci de préciser :*
.....
.....
 autres raisons et dans ce cas, merci de préciser :
.....
.....

* Envoi par courrier recommandé (AR) : Obligatoire pour sécuriser la réception de vos données médicales, cet envoi reste à votre charge. Vous devez joindre le « Bon pour accord initial » complété et signé (coût final calculé selon le poids réel du dossier). À défaut de ce document, votre demande ne pourra pas être enregistrée.

Date de la demande :/...../20.....

Signature du demandeur :

Cadre réservé à l'administration

Demande réceptionnée le :

N° de la demande :