

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Formulaire à transmettre au secrétariat médical de la clinique de Vitrolles par
courrier ou par mail sec.med.vitrolles@almaviva-sante.com

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Numéro de téléphone :

Qualité (préciser en cochant la case correspondante) :

- ☐ Patient : préciser la date de naissance
- ☐ Titulaire de l'autorité parentale pour un mineur
- ☐ Tuteur pour un majeur placé sous tutelle
- ☐ Ayants droit du patient décédé
- ☐ Médecin désigné comme intermédiaire

Si le demandeur est différent du patient : IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Date de naissance :

PIECES JUSTIFICATIVES à fournir OBLIGATOIREMENT

- Dans tous les cas : copie d'une pièce d'identité en cours de validité recto/verso.
- Pour les titulaires de l'autorité parentale : copie du livret de famille, en cas de séparation ou de divorce copie de la décision rendue par le tribunal.
- Pour les tuteurs : copie de la décision rendue par le tribunal.
- En cas de patient décédé : pour les ayants droit : copie du livret de famille ou du PACS, + acte de décès + acte notarié ou certificat d'hérédité.

Désignation par le patient d'un médecin intermédiaire

Je, soussigné (e),

déclare désigner le docteur : (Nom , Prénom, spécialité, n° RPPS, adresse et n° de tél.)
.....
.....
.....
.....

comme destinataire des documents de mon dossier médical que je réclame.

MOTIF DE LA DEMANDE (mention obligatoire):

.....

.....

.....

.....

NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES :

Période(s) d'hospitalisation(s) concernée(s) (à préciser) :

.....

Informations désirées :

.....

.....

.....

MODALITES DE COMMUNICATION (Cocher la case correspondante)

- ☐ Consultation sur place (sans fourniture de copies de documents)
- ☐ Mise à disposition des copies à la Clinique
- ☐ Envoi postal en recommandé avec accusé de réception au domicile du demandeur
- ☐ Envoi postal en recommandé avec accusé de réception au cabinet d'un médecin désigné

☐ 1^{ère} demande : *Gratuité des frais de reproduction et d'envoi*

☐ 2^{ème} demande : *Frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur qui devra s'en acquitter à l'avance.*

Pour information : frais de reproduction 0,20 € par page

frais postaux envoi en RAR : selon le poids et le tarif en vigueur

Fait à :

Le :

Signature

Partie réservée à la Clinique pour le suivi et la gestion de la demande

Demande reçue le : N° de dossier :

Nom du médecin responsable du patient :

Médecin averti de la demande le : par :

☐ 1^{ère} demande Gratuité

☐ 2^{ème} demande Coût des frais de copie et d'envoi des documents :

Lettre de réception avec le montant des frais, envoyée le :

Règlementreçu le :

Envoi du dossier en RAR le : n° RAR :

Documents récupérés en main propre

Date et signature du demandeur