

Identité du demandeur

Je soussigné(e) Mme M.

Nom de naissance

Prénom

Nom d'usage.....né(e) le

à

Domicilié(e).....

Numéro de la carte d'identité ou du passeport :

Numéro de téléphone du demandeur :

Adresse mail du demandeur :

Agissant en tant que :

- Patient(e)
- Représentant légal (*tuteur selon la loi du 3 janvier 1968 ou personne ayant l'autorité parentale sauf si opposition du mineur*) de : (nom-prénom)né(e) le.....
- Ayant-droit (*uniquement en cas de patient décédé et sauf si volonté contraire du patient de son vivant*) de : (nom-prénom)né(e) le

MOTIF UNIQUEMENT EN CAS DE PATIENT DECEDE :

- Connaître les causes du décès
- Faire-valoir mes droits (*en cas de demande CCI ou formulée par un assureur ou une banque : joindre systématiquement tout justificatif*)
- Défendre la mémoire du défunt (*indiquer systématiquement ci-dessous et/ou sur papier libre, les raisons qui vous amènent à faire cette demande*) :

Demande la communication des documents suivants :

- Dossier complet (séjours d'hospitalisation + suivis d'hospitalisation de jour + suivis en consultation)
- Autre document (*à préciser*) :

Merci d'indiquer la date de votre dernière hospitalisation et/ou de votre dernière consultation :

Pour toute demande, joindre au présent formulaire **une photocopie de la pièce d'identité** du demandeur (carte d'identité ou passeport)

Pour toute demande formulée par un représentant légal, joindre en plus **une copie du livret de famille** ou le cas échéant **une copie de l'ordonnance rendue par le juge des tutelles**

Pour toute demande formulée par un ayant-droit, joindre en plus **une copie de l'acte de décès du patient et toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant-droit** (copie du livret de famille, et/ou copie de la déclaration de succession, et/ou copie de l'acte de donation effectuée à votre profit, et/ou copie du contrat d'assurance vie vous désignant comme bénéficiaire)

Référence	DIP EN 006
Version	I
Page 2 sur 2	

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS
MEDICALES CONTENUES DANS LE DOSSIER PATIENT**

La communication du dossier médical selon les modalités suivantes :

Je demande l'envoi en recommandé avec accusé de réception à mon domicile (*)

Je demande l'envoi en recommandé avec accusé de réception au Médecin désigné (*)

(Nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques)

Je viendrai récupérer le dossier au service qualité de l'EPSM 71 (Bâtiment F) : (Contacter le service qualité pour prendre rendez-vous)

Je consulterai sur place sans remise du dossier : (Contacter le service qualité pour prendre rendez-vous)

avec ou sans commentaire des informations par un médecin

Si vous ne souhaitez pas être assisté d'un médecin, la consultation sur place se fera en présence d'un personnel administratif

Il pourra vous être conseillé d'être accompagné d'une tierce personne.

Si vous souhaitez la communication de votre dossier pour un séjour en hospitalisation SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'Etat (L3213-1 à L3213-6) ou SDDE : Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement, un accompagnement médical peut vous être proposé.

(*) La première demande de dossier est gratuite (photocopies et envoi en recommandé avec accusé de réception)

A partir de la deuxième demande, les photocopies sont à la charge du demandeur au tarif unitaire en vigueur (0,04 €) ainsi que les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception selon tarif de la poste.

Conseils et mise en garde

Il vous est recommandé d'être particulièrement vigilant quant à la divulgation et la conservation de ces documents dont les **informations strictement confidentielles** pourraient être utilisées à vos dépens, par un tiers.

Le présent document est à retourner après signature à l'adresse ci-dessous :

Etablissement Public de Santé Mentale de Saône et Loire

Service Qualité

55 RUE AUGUSTE CHAMPION

71100 SEVREY

Ou par courriel : qualite.risques@epsm71.fr

Date :

Signature du demandeur