

Demande de copie du dossier médical

(A retourner au service des droits du patient)

MA DEMANDE CONCERNE LE SITE DE ☐ PONTOISE ☐ BEAUMONT ☐ MAGNY
☐ AINCOURT ☐ MARINES ☐ ST MARTIN

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

Identité du patient :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse électronique :@.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Identité du demandeur (si différent du patient) :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse électronique :@.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Qualité du demandeur :

Justificatifs à fournir :

- ☐ Patient lui-même : → La photocopie recto verso de la pièce d'identité.
- ☐ Tuteur : → La photocopie recto verso de la pièce d'identité du tuteur, la photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient et la photocopie du jugement de mise sous tutelle.
- ☐ Personne mandatée : → La photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient, la photocopie recto verso de la pièce d'identité du mandat et un mandat écrit, daté et signé du patient.
- ☐ Titulaire de l'autorité parentale : → La photocopie recto verso de la pièce d'identité du demandeur, la photocopie recto verso de la carte d'identité du mineur (si ce dernier en possède une) et la photocopie intégrale du livret de famille. En cas de divorce ou de séparation : jugement du maintien de l'autorité parentale.

☐ Patient décédé :

DATE DECES :/...../.....

☐ Epoux ☐ Enfant ☐ Autre :

→ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du demandeur, la preuve de la qualité d'ayant droit (livret de famille, convention PACS, justificatif de domicile pour les concubins, acte de notoriété), la copie de l'acte de décès.

La loi prévoit que l'ayant-droit du patient décédé doit préciser lors de sa demande le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance de ces informations :

- ☐ Connaître les causes du décès (si patient décédé au sein d'un des sites de l'hôpital NOVO)
- ☐ Faire valoir mes droits (précisez OBLIGATOIREMENT lequel : antécédent familiaux, assurance-vie, pension retraite...)
- ☐ Défendre la mémoire du défunt (précisez OBLIGATOIREMENT : succession, tribunal...)

ATTENTION : la loi prévoit que seuls les éléments du dossier permettant de répondre au motif invoqué vous seront communiqués, sauf si, de son vivant, le patient a émis une opposition de la communication de son dossier médical à ses ayants-droits.

Modalité de communication choisie :

Les frais de reproduction et d'acheminement des copies sont à la charge du demandeur. Ces frais sont fixés à :

0,18 € d'euros à partir de 20 feuilles et 2,75 euros le CD
Le CD ne concerne que les clichés radiologiques

- ☐ **Consultation sur place des documents en présence d'un médecin** (sur rendez-vous)
- ☐ **Remise sur place des documents** (au service des « Droits du patient »).
Dans le cas où vous ne pourriez pas vous déplacer, la procuration à un tiers est possible.
- ☐ **Envoi postal des documents au patient/demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception**
(Frais d'envoi à votre charge)
Adresse à préciser si différente de celle du patient :
- ☐ **Envoi postal des documents au médecin désigné par le patient/demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception** (Frais d'envoi à votre charge)
Coordonnées et adresse du médecin à préciser :
- ☐ **Par messagerie sécurisée en dessous de 20 pages.**

Documents souhaités :

- ☐ Compte-rendu d'hospitalisation / Lettre de liaison
- ☐ Compte-rendu opératoire
- ☐ Compte-rendu d'accouchement
- ☐ Compte-rendu des urgences
- ☐ Dossier d'anesthésie
- ☐ Dossier transfusionnel
- ☐ Examens complémentaires (Electrocardiogramme, bilan biologique...)
- ☐ Autres (précisez) :

Date(s) d'hospitalisation concernée(s) :

.....

.....

.....

.....

Service(s) concerné(s) :

.....

.....

.....

.....

SIGNATURE :

Siège social
6 avenue de l'Île-de-France
CS 90079 Pontoise
95303 Cergy-Pontoise Cedex

Aincourt
01 34 79 44 44
Beaumont-sur-Oise
01 39 37 15 20

Magny-en-Vexin
01 34 79 44 44
Marines
01 34 79 44 44

Pontoise
01 30 75 40 40
St-Martin-du-Tertre
01 39 37 15 20