

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL D'UN MINEUR

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un mineur. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire.

Pour toutes questions, vous pouvez vous adresser au service Droits des Patients (tél : 05-63-48-48-52 ou mail droitsdespatients@bonsauveuralby.fr).

Identification du demandeur

M.,Mme :

Demeurant :

..... Numéro de téléphone :

Situation familiale des parents :

marié(e) ou vivant maritalement divorcé(e)/séparé(e) veuf/veuve

Autorité parentale * : conjointe exclusive : père mère

Si autre préciser votre lien avec le patient mineur :

Identité du patient mineur

M.,Mme :

Date et lieu de naissance :

Demeurant :

Justificatifs nécessaires

➤ copie d'une **pièce d'identité** du demandeur (copie recto-verso de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport ou de votre permis de conduire)

➤ photocopie du **livret de famille** ou de l'extrait de naissance

➤ * photocopie de la **décision de justice** vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale en cas de séparation

Pièces souhaitées

Intégralité de mon dossier médical **

ou

Si vous ne souhaitez **pas** obtenir l'**intégralité** de votre dossier médical, merci de nous préciser les pièces que vous souhaitez **(période d'hospitalisation...) :

.....
.....
.....

** à l'exception des informations recueillies auprès de tiers.

Mode de communication

- remise du dossier avec un entretien médical sur le lieu de prise en charge** (conseillée par l'établissement car il permet un accompagnement lors de la remise des documents)
- ou **venir retirer le dossier sur place** (sans entretien médical)
- ou **envoi à mon domicile**
- ou **envoi au médecin de mon choix**

Nom et adresse du médecin :
.....

Nous attirons votre attention sur le fait que les coûts de reproduction et l'envoi des documents en recommandé avec accusé de réception sont facturables au demandeur au-delà de 10 copies.

Facturation des copies de dossiers médicaux

- copie d'une feuille de format A4 : 0,18 HT,
- frais d'expédition : courrier en recommandé au tarif en vigueur (envoi au domicile ou au médecin désigné).

Je reconnais M. / Mme accepter le principe du règlement. J'ai été informé(e) des tarifs. Une fois le document renvoyé, une facture me sera adressé après le retour d'évaluation effectué par les services médicaux. À défaut de d'accepter et de régler la facture, je reconnais avoir été informé(e) qu'aucune copie de pièce ne me sera transmise.

Nous attirons votre attention sur les précautions à prendre s'agissant du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

À

Le

SIGNATURE

Documents à retourner accompagné des justificatifs demandés à :

**Monsieur le Directeur Général
Centre Hospitalier Spécialisé Pierre Jamet
7, rue de Lavazière
CS 81180
81025 ALBI cédex 9**