

DEMANDE DE COMMUNICATION DE VOTRE DOSSIER MEDICAL

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

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

Identification du demandeur

M., Mme :

Demeurant :

..... Numéro de téléphone :

Mail :

Justificatifs nécessaires

➤ copie de votre pièce d'identité (recto-verso de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire).

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

*Les coûts de reproduction et l'envoi des documents en recommandé avec accusé de réception sous format papier est gratuit pour **la première demande.***

*Par contre, à compter **d'une deuxième demande** de dossier médical l'envoi des éléments par courriers en recommandé au demandeur (au-delà de 10 copies) ou pour l'envoi des éléments sur clé USB (avec code sécurisé) sont facturables.*

Dans ce cas, frais de facturation des copies de dossiers médicaux :

- copie d'une feuille de format A4 : 0,18 HT (lors d'une deuxième demande),
- clé USB (avec code sécurisé) : 8 euros HT
- frais d'expédition : courrier en recommandé au tarif en vigueur (pour un envoi au domicile ou au médecin désigné).

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

À

Le

SIGNATURE

Documents à retourner accompagnés des justificatifs demandés à :

**Direction Générale
Fondation Bon Sauveur d'Alby
7, rue de Lavazière
CS 81180
81025 ALBI cédex 9**