

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER MEDICAL (COPIE DE DOCUMENTS)

*Par un tiers*

FONDATION HOPALE  
Monsieur le Directeur Général  
rue du Docteur Calot - 62608 BERCK SUR MER CEDEX

### IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom ..... Nom de jeune fille .....  
Prénom ..... Date de naissance .....  
Téléphone ..... Email .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville .....

### IDENTITE DU PATIENT

Nom ..... Nom de jeune fille .....  
Prénom ..... Date de naissance .....

### Informations relatives à l'hospitalisation :

Etablissement .....  
Service .....  
Date ou période du séjour concerné (veuillez indiquer année/mois) .....

***Dans les options suivantes, veuillez préciser votre situation par rapport à la personne concernée par le dossier et fournir les justificatifs nécessaires :***

**VOUS ETES UN AYANT DROIT D'UN PATIENT DECEDÉ**

La loi du 4 mars 2002 règlemente de façon stricte, au sein du code de la santé publique, l'accès des ayants droit au dossier du patient décédé.

Article L.1110-4 : « ... *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.* »

Préciser votre lien de parenté : .....

Préciser le motif de votre demande parmi les trois possibilités :

connaître la cause du décès -  défendre la mémoire du défunt -  faire valoir vos droits

Pour les deux derniers objectifs, veuillez préciser votre demande (seuls les éléments du dossier médical qui répondent à cet objectif pourront vous être transmis) : .....

**Justificatifs à fournir** : copie recto-verso d'une pièce d'identité et du livret de famille, ou le cas échéant attestation de votre qualité de successeur légal du défunt (certificat d'hérédité ou acte de notoriété).

**VOUS ETES LE TUTEUR DU PATIENT**

**Motif de la demande** (afin de faciliter le traitement de votre demande - facultatif) :

.....

**Justificatifs à fournir** : copie recto-verso d'une pièce d'identité et copie de l'ordonnance du juge des tutelles.

**VOUS ETES DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE DU MINEUR POUR LEQUEL VOUS DEMANDEZ LE DOSSIER**

**Motif de la demande** (afin de faciliter le traitement de votre demande - facultatif) :

.....

**Justificatifs à fournir** : copie recto-verso d'une pièce d'identité et d'un justificatif de l'autorité parentale (livret de famille, jugement du tribunal...).

**Pièces du dossier que vous demandez :**

- Visite d'entrée
- Courriers médicaux échangés au cours de votre hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Comptes rendus d'examens d'imagerie médicale (radiographie, IRM, scanner, échographie, écho-doppler)  
(veuillez préciser) :.....
- Clichés d'examens d'imagerie médicale (radiographie, IRM, scanner, échographie, écho-doppler)  
(veuillez préciser) :.....
- Copier papier*  *ou CD*
- Lettre de sortie
- Autre demande, veuillez préciser :.....

**Modalités de communication que vous souhaitez :**

1. Envoi postal de copies
2. Retrait sur place (vous serez contacté)
3. Consultation sur place  Consultation sur place avec copies de documents à envoyer   
*En cas de consultation sur place, souhaitez-vous un accompagnement médical : OUI  NON*

**Rappel :**

Les informations auxquelles vous accédez sont strictement personnelles et pourraient être utilisées par des tiers à vos dépends (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...). Nous vous conseillons donc d'éviter toute diffusion desdites pièces.

**Frais :**

La reproduction et l'envoi de tout ou partie du dossier **vous seront facturés**. Un acompte de 50 € vous est d'ailleurs demandé. Le détail des frais est donné dans le courrier joint.

Date :

Signature :