



Pôle Bénéficiaires de Soins
CS 20100
38521 Saint-Egrève CEDEX
Téléphone : 04 76 56 49 23
Email : polepatients@ch-alpes-isere.fr

RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

DOSSIER RECU LE

VALIDÉ LE.....

DÉLAI LEGAL DE COMMUNICATION DU
DOSSIER PATIENT

DOSSIER ENVOYÉ LE

NOMBRE DE COPIES

COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT

Les frais correspondant aux coûts de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur
(0,18 € par copie noir & blanc et coût de l'envoi en LRAR selon tarif de la poste en vigueur).

Une facture, à régler par chèque à l'ordre du Trésor Public, vous sera adressée par courrier séparé.

Informations concernant le demandeur :

NOM : NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

Date de naissance : /..... /.....

N° de téléphone :

Email :

Adresse :

Vous agissez en tant que :

- Patient
- Titulaire de l'autorité parentale
- Tuteur
- Ayant droit*
- Médecin
- Mandataire

Si vous avez coché l'une de ces cases,
veuillez compléter le paragraphe qui suit

Informations concernant le titulaire du dossier patient :

NOM : NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

Date de naissance : /..... /.....

** Si vous agissez en tant qu'ayant droit et souhaitez avoir accès au dossier patient d'une personne décédée,
veuillez motiver votre demande :*

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt : (veuillez préciser)
- Faire valoir vos droits : (veuillez préciser)

Lorsque la dernière prise en charge date de moins de 5 ans, le dossier est envoyé sous 8 jours (hors samedi, dimanche et jour férié). En revanche, si elle remonte à plus de 5 ans, le délai est porté à 2 mois.

RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Informations concernant la dernière prise en charge du titulaire du dossier patient :

Date (ou année) :

Service (unité ou CMP) :

La demande concerne :

Le(s) compte(s) rendu(s) d'hospitalisation

Une partie du dossier - veuillez préciser :

.....

.....

L'ensemble du dossier

Modalités souhaitées de communication du dossier patient :

Consultation sur place sans remise de copies

Retrait des copies dans le service concerné (avec accompagnement d'un médecin)

Le service vous contactera pour prendre rendez-vous

Envoi postal (lettre RAR)

Si vous souhaitez que le dossier soit envoyé à votre médecin veuillez indiquer son nom et son adresse :

.....

.....

Pièces justificatives demandées à l'appui de votre demande :

- Pour **l'ensemble des demandeurs** la photocopie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité
- Pour **le titulaire de l'autorité parentale** un justificatif de son statut (copie du livret de famille)
- Pour **l'ayant droit** un justificatif attestant de sa qualité d'ayant droit* et l'acte de décès
**copie du livret de famille, acte de naissance, acte notarié, certificat d'hérédité, copie du PACS, certificat de vie commune*
- Pour **le tuteur** l'ordonnance du juge des tutelles
- Pour **le médecin désigné comme intermédiaire** un mandat ou une lettre du titulaire du dossier médical attestant cette désignation
- Pour **la personne mandatée** un mandat exprès

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur avoir pris connaissance des frais de copies et d'envoi et atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait le :

Signature :