

ANNEXE 6

Demande de dossier patient par un tiers mandaté

Lorsque le patient sollicite un intermédiaire afin d'obtenir son dossier patient, le mandat exprès est alors obligatoire avec justificatif des deux identités à savoir celle du mandant (le patient) et celle du mandataire (parent, proche, avocat, médecin, etc...). Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner à la Direction de Site.

Il est impératif de joindre à votre demande un mandat exprès (modèle joint ci-dessous) et un justificatif des deux identités (copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport du mandant et du mandataire).

■ IDENTITE DU MANDATAIRE ET DU PATIENT

Je soussigné(e)

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom(s) : Date de naissance :
Demeurant :
Téléphone :

Souhaite obtenir les pièces du dossier patient suivant, qui m'a dûment mandaté pour ce faire :

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom(s) : Date de naissance :
Demeurant :

■ PIECES DU DOSSIER PATIENT DEMANDEES

- intégralité du dossier patient
- compte-rendu d'hospitalisation
- compte-rendu opératoire
- clichés (radios, scanners...)
- autres pièces :

■ RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER

Service(s) d'hospitalisation :
Date(s) d'hospitalisation :
Chef(s) de services(s) :

■ MODALITES DE COMMUNICATION

consultation gratuite sur place (dans le/les service(s) d'hospitalisation)

envoi de copies à mon domicile ou au médecin intermédiaire que je désigne :

Docteur (nom / prénom)

Adresse

Téléphone

■ FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI

Les frais de reproduction et d'envoi sont fixés par l'établissement.

Ils comprennent le coût des photocopies des documents papier, le coût des copies des clichés radiologiques ou contretypes, les frais d'envoi en R.A.R. (le cas échéant).

Le paiement s'effectue à l'ordre du **Trésor Public**, par chèque bancaire ou postal.

Les tarifs applicables pour l'exercice 2013, en application de la décision du Directeur Général de l'AP-HM n° 95 du 22 janvier 2013, sont les suivants :

Format de copie	Tarif unitaire
A4	0,18 €
A3	0,36 €
CD-ROM / DVD	2,75 €
Contretype (radiographie)	3,00 €
Supplément envoi postal LRAR	7,00 €

A

Signature

Le

MANDAT

Je soussigné(e) M., Mme, Melle, (rayer la mention inutile)

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

joindre pièce justificative d'identité
(mandant)

Autorise M., Mme, Melle (rayer la mention inutile)

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

joindre pièce justificative d'identité
(mandataire)

A être destinataire d'une copie de mon dossier patient

Fait à

Le

Signature (mandant)