

DGA DE LA SOLIDARITE
ET DE LA PREVENTION (DGA-SP)

Pôle PMI-Promotion de la Santé
Direction

<p>FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL</p>
--

I/ IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM..... NOM de jeune fille

Prénom..... Date de naissance

Adresse..... Tél.....

AGISSANT EN QUALITE DE :

Cochez la case correspondante

<input type="checkbox"/> Patient	Fournir la copie d'une carte d'identité ou passeport
<input type="checkbox"/> Représentant légal	<p>Fournir les copies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'une carte d'identité ou passeport du demandeur et du mineur, • du livret de famille ou de l'acte de naissance <p>En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge des affaires familiales</p>
<input type="checkbox"/> Tuteur	<p>Fournir les copies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'une carte d'identité ou passeport du demandeur et du majeur protégé, • de l'ordonnance du juge des tutelles
<input type="checkbox"/> Ayant droit (lorsque le patient est décédé) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Père/mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre parent 	<p>Fournir les copies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'une carte d'identité ou passeport du demandeur • de la preuve de la qualité d'ayant droit (copie du livret de famille, acte notarié, acte de naissance, certificat d'hérédité ou contrat particulier) • ainsi que la copie du certificat de décès. <p>Votre demande doit être motivée en application de l'art L.1110-4 du code de la santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Connaitre les causes du décès <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Faire valoir ses droits <input type="checkbox"/> Autre, à préciser <p>NB : sauf volonté contraire du défunt (article L. 1110-4 al.7 du code de la santé publique).</p>

II/ DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

NOM..... NOM de jeune fille

Prénom..... Date de naissance

DOCUMENTS DEMANDES :

- dossier entier
- résultats d'examens
- autres (à préciser)

III/ MODALITES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

consultation du dossier sur place

- je viendrai seul
- accompagné d'une tierce personne
- accompagné d'un médecin

Je prends acte que je bénéficierai de l'accompagnement d'un médecin ou d'une infirmière du service pour prendre connaissance des informations médicales. Dans ce cas, il convient de prendre RDV auprès du secrétariat du Pôle PMI-Promotion de la Santé ☎ 05.53.02.27.77

remise des copies en mains propres dans le service concerné*

envoi de copies*

- à l'adresse du demandeur en recommandé avec accusé de réception
- à l'adresse du médecin ci-dessous désigné en recommandé avec accusé de réception

* Les copies du dossier médical seront facturées au tarif en vigueur dans la collectivité. Les frais d'envoi seront facturés au tarif postal en vigueur.

NOM du Médecin Prénom

Adresse.....

Tél.

En cas d'absence de précisions sur les modalités de communication, les documents seront envoyés à l'adresse du demandeur en recommandé avec accusé de réception.

Ce formulaire ainsi que les pièces d'état civil doivent être transmises à l'adresse suivante :

<p>CONSEIL DEPARTEMENTAL MADAME LA DIRECTRICE DGA DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA PRÉVENTION CITÉ ADMINISTRATIVE BUGAUD - RUE DU 26^{ÈME} RÉGIMENT D'INFANTERIE CS 70010 24016 PERIGUEUX CEDEX</p>
--

Fait à le

Signature