

CENTRE HOSPITALIER
Samuel Pozzi
BERGERAC

{\ENTETE_DIM\}

{\SD_PATIENT__GENREPAT__VALEUR\
{\SD_PATIENT__PRENOMPAT__VALEUR\
{\SD_PATIENT__NOMPAT__VALEUR\
{\SD_PATIENT__ADRD0M1__VALEUR\
{\SD_PATIENT__ADRD0M2__VALEUR\
{\SD_PATIENT__ADRD0M3__VALEUR\
{\SD_PATIENT__CPADRD0M__VALEUR\
{\SD_PATIENT__VILADRD0M__VALEUR\

Bergerac, le {\DATE\}

Nos références : Dr C. IDIR

Nom, Prénom : {\SD_PATIENT__NOMPAT__VALEUR\
{\SD_PATIENT__PRENOMPAT__VALEUR\

N° dossier : {\SD_PATIENT__NODOS__VALEUR\

Objet : demande de dossier médical

Envoi en recommandé avec accusé de réception

Envoi par courrier simple

{\SD_PATIENT__GENREPAT__VALEUR\} ,

Je vous accuse réception de votre correspondance du dans laquelle vous me demandez, en application du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 *"relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique, paru au Journal Officiel n° 101 du 30 avril 2002, page 7790"*, de vous transmettre les documents constituant votre dossier médical.

En application de la Section 1, Art. 3, je vous informe que ce décret vous ouvre plusieurs modalités de communication :

*Soit par consultation sur place.

Un dispositif d'accompagnement médical (Dr Francis LI FOON CHEONG) est organisé par l'établissement dans les conditions visées à l'article R. 710-2-1 du code de la santé publique. Vous pouvez prendre rendez-vous auprès du secrétariat du DIM au 05 53 63 88 76 ou 05 53 63 88 77.

* Soit par l'envoi de copies des documents.

Je vous informe par ailleurs que les copies seront établies sur un support analogue à celui utilisé par le Professionnel de Santé ou sur papier, à votre choix, dans la limite des possibilités techniques de l'établissement. Elles vous seront facturées, ainsi que les frais d'expédition éventuels, au prix coûtant à la remise des documents (1).

Munissez-vous d'une pièce d'identité.

Je vous invite à me préciser dans un courrier adressé au :

D.I.M.

C.H. Samuel Pozzi - 9, avenue Calmette

Boîte Postale 820

24108 BERGERAC Cedex

- 1) votre nom lors de l'hospitalisation (votre nom de jeune fille ou éventuellement votre nom marital), l'ensemble de vos prénoms, votre date de naissance, votre adresse et votre numéro de téléphone, afin que nous puissions gérer les éventuelles homonymies,
- 2) la modalité de communication que vous avez choisie,
- 3) le nom du médecin, ainsi que son adresse et son accord pour recevoir les documents si vous choisissez ce mode de transmission,
- 4) les modalités de règlement de frais de dossier que vous pensez utiliser.

Le formulaire ci-joint est à renvoyer impérativement dûment rempli et signé avec une photocopie recto-verso de votre carte d'identité si celle-ci ne nous a pas été transmise avec le courrier de votre demande.

Sans réponse de votre part sous trente jours, nous considérerons que vous ne donnez pas suite à votre demande.

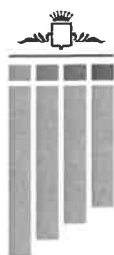
Le délai de communication est fixé par le décret précité à huit jours ou deux mois selon la date à laquelle l'information médicale a été constituée.

Croyez, {SD_PATIENT__GENREPAT__VALEUR\}, à l'assurance de mes sentiments distingués.

Responsable DIM

Docteur Chérif IDIR

(1) Tarifs établis à prix coûtant (Décret n°2001-493 du 6 juin 2001 pris pour l'application de l'article 4 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 et relatif aux modalités de communication des documents administratifs)



CENTRE HOSPITALIER
Samuel Pozzi
BERGERAC

**VOTRE DEMANDE SERA PRISE EN COMPTE
A LA RECEPTION DE CE DOCUMENT
(avec photocopie des documents demandés)**

DOSSIER

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

Nom , adresse et N° tel. du Médecin traitant :

Date d'hospitalisation :

Service :

Médecin responsable :

DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

Agissant en qualité de :

Justificatifs à joindre à la demande

☐ Patient

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité.

☐ Représentant légal

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur
- Copie du livret de famille (partie parents et enfant)
ou extrait d'acte de naissance
- Copie du jugement de divorce, le cas échéant

☐ Tuteur (majeur sous tutelle

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du
demandeur et du patient concerné

-
- ☐ Mandataire désigné par le patient - Copie recto/verso d'une pièce d'identité du mandataire et du patient concerné
- Mandat exprès original désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical

-
- ☐ Ayant droit (si patient décédé)
☐ Conjoint ☐ Père/Mère
☐ Frère/Sœur ☐ Enfant majeur
☐ Concubin, partenaire lié par un PACS

En qualité d'ayant droit, vous ne disposez pas d'un accès à l'ensemble des pièces du dossier médical. Vous êtes autorisé(e) à accéder qu'aux seuls éléments en lien avec le motif invoqué, sauf volonté contraire du défunt (cocher la case correspondante) :

- ☐ Connaître les causes du décès
☐ Défendre la mémoire du défunt (1)
☐ Faire valoir vos droits (2)

1 et 2 (à préciser) :

.....
.....

Pièces à fournir:

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur
- Copie de l'acte de décès.

Justificatifs auxquels il convient d'ajouter, selon sa qualité :

- Copie du livret de famille (conjoint survivant et enfants du défunt) ;
- Copie du certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée des concubins ;
- Copie de la convention de PACS (partenaire) ;
- Acte de notoriété ou certificat d'hérédité (autres demandeurs).

MODALITES DE COMMUNICATION

-
- ☐ Remis en main propre
☐ Consultation sur place
☐ Envoi à domicile R + AR
☐ Envoi à domicile par courrier simple.
☐ Envoi au médecin (préciser adresse et N° tel. si différent du médecin traitant)

MODALITES DE REGLEMENT DES FRAIS DE DOSSIER (à réception de la facture)

-
- ☐ Chèque
☐ Règlement au Bureau des Entrées du C. H. Bergerac

"lu et approuvé"
SIGNATURE

Objet : Tarif pour duplication de dossier médical

Nom, Prénom : {\NOMPAT} {\PRENOMPAT}

N° Dossier : {\NODOS}

-
- Dans le cadre et uniquement lors d'une première demande de dossier, les frais de reproductions ne vous seront pas imputés
 - Photocopie : 0, 18 euros /page (format A4)
 - Cédérom : 2,75 euros
-

- Frais d'envoi (selon les tarifs en vigueur) en recommandé avec accusé de réception :

- * Lettre d'information en recommandé avec AR : 6,62 euros
 - * 0 à 10 feuilles : 6,49 euros
 - * 10 à 20 feuilles : 7,63 euros
 - * 20 à 50 feuilles : 8,74 euros
 - * > à 50 feuilles : 8,71 euros
-

- Documents radiographiques : remise en main propre contre récépissé et présentation d'une pièce d'identité

Tarifs établis à prix coûtant (Article 2 de l'arrêté du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif)