

LETTRE à envoyer de préférence en RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION

Madame, Monsieur, Docteur, ⁽¹⁾

Je soussigné(e) M/Mme/Mlle ⁽¹⁾ Nom de naissance, prénom, nom marital pour les femmes mariées)

Né(e) le : Téléphone :
(nécessaire pour consulter les documents sur place)

Adresse :

En vertu de la loi 2002-403 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (articles L. 1111-7 et 8, R 1111-1 à 8, R 1112-1 à 9 du Code de Santé Publique), je souhaite avoir accès aux informations que vous détenez concernant ⁽²⁾

- Ma santé
- La santé de [Mr/Mme/Mlle] dont je suis le tuteur
- [Mr/Mme/Mlle],décédé(e) ledont je suis ayant droit

Motif de la demande (pour le dossier d'un patient décédé) ⁽²⁾

- La connaissance des causes du décès,
- La possibilité de faire valoir vos droits,
- La défense de la mémoire du défunt.

Demande à obtenir communication des documents suivants ⁽²⁾ concernant la prise en charge du
.....**au**

- L'ensemble des pièces du dossier médical
- Des pièces particulières du dossier, préciser lesquelles :.....

Souhaite ⁽²⁾:

- Consulter ces documents sur place
- Retirer des copies sur place.

Dans ces deux cas, souhaitez-vous être assisté par un médecin ? Oui Non

- Recevoir copie de ces documents à mes nom et adresse mentionnés ci-dessus (envoi en recommandé avec accusé de réception).
- Que ces pièces soient envoyées par courrier recommandé avec accusé de réception, au Docteur :
(Nom, prénom, adresse)

Les documents demandés ayant été constitués il y a moins de 5 ans, j'attends leur communication dans le délai de 8 jours prévu par la loi à compter de la réception du présent courrier ou les documents demandés ayant été constitués il y a plus de 5 ans, j'attends leur communication dans le délai de 2 mois.

Tel que le prévoit l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, je suis prêt à prendre en charge les frais de reproduction de mon dossier et de son expédition.

Je vous en réglerai le montant dès réception de votre facture.

Dans l'attente de votre réponse, et en vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer mes salutations respectueuses.

Le **Signature du demandeur**

¹ Rayer la mention inutile

² Cocher la ligne adéquate

CONDITIONS D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Vous souhaitez obtenir des documents médicaux relatifs à votre hospitalisation ou à celle de la personne dont vous êtes le représentant légal ou l'ayant droit.

FORMALITES ET DOCUMENTS A JOINDRE :

Vous devez : ▶ Remplir le formulaire ▶ Joindre les documents suivants :

Demandeur	Pièces à fournir
Patient (majeur)	- Copie d'une pièce d'identité
Représentant légal d'un majeur sous tutelle	- Copie de votre pièce d'identité - Copie de la pièce d'identité du majeur protégé - Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur
Ayant droit d'une personne décédée	- Copie de votre pièce d'identité - Attestation de filiation - Certificat d'hérédité - Certificat de décès de la personne dont le dossier est demandé - Exposé des motifs de la demande Votre demande ne pourra aboutir que si le défunt ne s'y est pas opposé et si elle est motivée par l'une des trois raisons citées précédemment.

- Frais de copie et/ou d'envoi : (A régler par chèque à l'ordre de l'ADH)
La consultation sur place des documents est gratuite
 - **En cas de retrait des documents sur place**, les frais de copie sont de 0,18 € par copie.
 - **En cas d'envoi des documents**, le montant se compose :
 - ✓ Des frais de copies (0,18 € par copie) ;
 - ✓ Des frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception
- **Adresser votre demande accompagnée des pièces justificatives mentionnées ci-dessus au Directeur de l'Association – ADH 92 avenue du Bord des Eaux BP 30147 62253 Hénin Beaumont cedex**

LISTE DES PIECES CONSTITUTIVES DU DOSSIER MEDICAL(ART. R 710-2-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE) : Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes, au moment de l'admission en centre d'autodialyse et au cours du séjour à l'Association.

TRAITEMENT A LA DEMANDE

Date de la réception ADH :

Date de l'envoi ou de la remise en main propre :

Signature du patient (si remise en main propre) :