



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A VOTRE DOSSIER MEDICAL

Vous souhaitez obtenir une copie de votre dossier médical. Merci de remplir cette fiche et de la renvoyer signée à l'adresse suivante :

Département d'Information Médicale (DIM) – Polyclinique Saint-Jean – 92 avenue du Dr DONAT – 06 800 Cagnes sur mer

DEMANDEUR :

- Patient Ayant droit Tuteur
- Titulaire de l'autorité parentale (*avec l'accord du mineur*)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Numéro d'immatriculation :

(Fournir la photocopie de la carte d'identité recto verso dans tous les cas et celle du certificat d'hérédité, et du livret de famille pour l'ayant droit).

NATURE DE LA DEMANDE :

- Dossier partiel : Dossier total

Pièces demandées :

.....

.....

.....

MODALITES DE COMMUNICATION SOUHAITEES :

- Sur place Avec accompagnement médical souhaité

Envoi par courrier R/AR

Les frais de photocopies et d'envoi sont à la charge du demandeur.

(Coûts de reproduction des dossiers de moins de 5 ans : 0,15€ la copie ; dossiers de plus de 5 ans : 0,30€ la copie ; Coût d'envoi en accusé réception : 5€)

Remis à moi-même

Remis à un médecin

Coordonnées :

Mentionner le motif de la demande pour les ayants droits :

Connaître la cause du décès

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir ses propres droits

Sans précision des modalités de votre part, les documents vous seront envoyés.

Cagnes sur mer, le

Signature du demandeur :

Le dossier vous sera adressé dans les huit jours. Ce délai est porté à deux mois lorsque le dossier date de plus de cinq ans.

Nous vous rappelons que les informations contenues dans le dossier que vous avez demandé sont strictement confidentielles