

FORMULAIRE DE DEMANDE DU DOSSIER PATIENT

Conformément à l'arrêté du 5 mars 2004 modifié par l'arrêté du 3/01/2007, nous vous proposons ce formulaire pour préciser les points clefs de votre demande afin d'y satisfaire au mieux.

| IDENTIFICATION DU DEMANDEUR | |
|---|---|
| QUALITÉ DU DEMANDEUR | PIECES À JOINDRE À LA DEMANDE |
| <input type="checkbox"/> Le patient concerné | - une copie de la pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport ou permis de conduire) |
| Un tiers agissant en qualité de : | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personne mandatée par le patient lui-même - une copie de la pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport ou permis de conduire) - la copie de la pièce d'identité du demandeur - tout document permettant de justifier de ce mandat |
| <input type="checkbox"/> Ayant droit Précisez le motif de la demande : <input type="checkbox"/> Honorer la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Connaître les causes de la mort du défunt <input type="checkbox"/> Faire valoir les droits du défunt | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Pour le conjoint marié et les enfants</u> : une copie de la pièce d'identité du demandeur, une copie du livret de famille et certificat de décès, - <u>Pour les autres ayants droit</u> : une copie de la pièce d'identité et un acte de notoriété établit par un notaire. |
| <input type="checkbox"/> Tuteur | <ul style="list-style-type: none"> - la copie de la pièce d'identité du patient concerné, - la copie de la pièce d'identité du demandeur, - la copie du jugement de tutelle. |
| <input type="checkbox"/> Représentant légal du mineur | <ul style="list-style-type: none"> - la copie de la pièce d'identité du patient concerné, - la copie de la pièce d'identité du demandeur, - la copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance. |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Téléphone : |

OBJET DE LA DEMANDE :

Patient concerné :

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Objet de la demande :

MODALITES DE COMMUNICATION

Le médecin généraliste lors de votre hospitalisation, le Docteur vous recommande les modalités de communications suivantes :

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Communication par correspondance : | <input type="checkbox"/> Peu favorable | <input type="checkbox"/> Favorable | <input type="checkbox"/> Plutôt favorable |
| <input type="checkbox"/> Communication au cabinet de votre: médecin traitant | <input type="checkbox"/> Peu favorable | <input type="checkbox"/> Favorable | <input type="checkbox"/> Plutôt favorable |
| <input type="checkbox"/> Consultation sur place, seul ¹ : | <input type="checkbox"/> Peu favorable | <input type="checkbox"/> Favorable | <input type="checkbox"/> Plutôt favorable |
| <input type="checkbox"/> Consultation sur place ¹ accompagnée : | <input type="checkbox"/> Peu favorable | <input type="checkbox"/> Favorable | <input type="checkbox"/> Plutôt favorable |
| | <input type="checkbox"/> Accompagné du médecin généraliste de l'établissement | | |
| | <input type="checkbox"/> Accompagné d'un médecin de votre choix | | |
| | <input type="checkbox"/> Accompagné d'un tiers de votre choix | | |
| | <input type="checkbox"/> Accompagné d'un tiers proposé par l'Etablissement | | |

MODALITES DE COMMUNICATION SOUHAITEES PAR LE DEMANDEUR

Après avoir pris connaissance de ces recommandations, merci de bien vouloir cocher la case correspondant à votre demande :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Photocopies réalisées par nos services, à votre charge | |
| | <input type="checkbox"/> Expédiées en R.A.R. à votre charge ² |
| | <input type="checkbox"/> A votre domicile |
| | <input type="checkbox"/> Au cabinet d'un médecin de votre choix |
| | <input type="checkbox"/> Remises sur rendez-vous à l'accueil de la clinique ³ |
| <input type="checkbox"/> Consultation sur place ¹ : | |
| | <input type="checkbox"/> Seul |
| | <input type="checkbox"/> Accompagné du médecin généraliste de l'établissement |
| | <input type="checkbox"/> Accompagné d'un médecin de votre choix, préciser son nom : |
| | <input type="checkbox"/> Accompagné d'un tiers de votre choix |
| | <input type="checkbox"/> Accompagné d'un tiers proposé par l'établissement |

MODALITES DE COMMUNICATION PAR DEFAUT

En l'absence de précisions de votre part quant aux modalités de communications souhaitées, l'Etablissement vous adressera par envoi recommandé les photocopies de votre dossier patient ou des éléments de celui-ci que vous aurez indiqué ci-après. Au préalable, le coût des photocopies vous sera indiqué par courrier après traitement de votre demande à l'aide du présent formulaire, et vous sera facturé dans son intégralité.

¹ La consultation sur place est gratuite. Elle a lieu sur rendez-vous dans un bureau médical.

² Le montant de cet envoi, comprenant le coût des photocopies et l'envoi en R.A.R., vous sera indiqué par courrier après traitement de votre demande à l'aide du présent formulaire, et vous sera facturé dans son intégralité.

³ Le coût des photocopies vous sera indiqué par courrier après traitement de votre demande à l'aide du présent formulaire, et vous sera facturé dans son intégralité

LISTE DES PIECES CONSTITUTIVES DU DOSSIER PATIENT

- Je souhaite avoir les pièces de mon dossier patient correspondant uniquement aux séjours suivants :**

Date (s) du (des) séjour(s) concerné(s) : (préciser le jour, le mois et l'année exemple : du 10 janvier 2004 au 10 février 2004)

Du au

Du au

- Je souhaite l'intégralité des pièces de mon dossier patient, pour les séjours demandés

- Je souhaite des pièces particulières de mon dossier patient (préciser à l'aide de la liste, non exhaustive, des pièces constitutives du dossier patient de l'Etablissement ci-après) pour les séjours demandés

Compte-rendu d'hospitalisation
 Résultats d'examens
 Prescriptions
 Dossier infirmier
 Autres (précisez) :
.....

- Je souhaite avoir la copie de l'intégralité de mon dossier patient (c'est à dire l'intégralité des séjours réalisés à la Clinique)**

- Je souhaite l'intégralité des pièces de mon dossier patient

- Je souhaite des pièces particulières de mon dossier patient (préciser à l'aide de la liste, non exhaustive, des pièces constitutives du dossier patient de l'Etablissement ci-après)

Compte-rendu d'hospitalisation
 Résultats d'examens
 Prescriptions
 Dossier infirmier
 Autres (précisez) :
.....

Conformément à la réglementation du 5 mars 2004 aucune information recueillie auprès de tiers n'intervenant pas de la prise en charge thérapeutique du patient concerné ne sera communiquée.

PRECAUTIONS

Le dossier patient est un document central dans la prise en charge d'un patient. Il est le garant de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins délivrés. A ce titre, les intervenants médicaux et paramédicaux auprès du patient y consignent des informations de nature diverses, généralement confidentielles et intimes.

Nous attirons votre attention sur le caractère strictement personnel de ces informations et les risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers qui sont exclus du droit de réclamer directement ces informations (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, ...).

Une fois en possession de ces informations, des tiers pourront plus facilement exercer des pressions illégitimes pour que vous leur transmettiez directement des informations concernant votre santé. Il vous reviendra désormais de préserver le caractère confidentiel de ces documents.

Enfin, si une information loyale, claire, appropriée et comprise du patient constitue la bonne pratique médicale, il relève de l'appréciation du médecin traitant d'estimer la limite thérapeutique de certaines informations, compte tenu des conséquences que peuvent avoir leur révélation. Nous attirons donc votre attention sur les difficultés possibles d'interprétation des informations contenues dans le dossier patient.

Je reconnais avoir pris connaissance des précautions, mentionnées ci-dessus, accompagnant l'accès au dossier patient.

Nom, Prénom :

Date :

Signature du demandeur

Merci de nous transmettre ce formulaire dûment renseigné dans les meilleurs délais, à l'attention Madame A/VALLESPI, Directrice de la Clinique Villa Romaine.