

Le dossier médical d'un patient est composé de documents issus des séjours hospitaliers à la clinique Charcot. Pour toute demande de documents issus des consultations, merci de vous adresser directement au secrétariat du praticien concerné.

Pour effectuer votre demande de dossier d'hospitalisation, merci de bien vouloir nous retourner le formulaire au verso, complété et signé, soit par courrier à l'adresse suivante : Mme GONIN, Clinique Charcot, 51-53 rue du commandant Charcot 69110 Sainte Foy les Lyon, soit par mail : secretariat@clinique-charcot.fr

Toute demande de dossier doit impérativement être accompagnée des **pièces justificatives nécessaires** au traitement de celle-ci, à savoir :

Le demandeur est :	Pièce(s) justificative(s) obligatoire(s)
Patient (majeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de votre pièce d'identité (carte d'identité ou passeport)
Ayant-droit *	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de votre pièce d'identité • Copie d'un document légal prouvant votre qualité d'ayant droit (acte notarié, certificat d'hérédité, livret de famille) • Copie de l'acte de décès
Tuteur	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de votre pièce d'identité • Copie du jugement de mise sous tutelle
Représentant légal (pour un patient mineur)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de votre pièce d'identité • Copie du livret de famille

* ayant-droit : successeur légal du défunt (héritier, conjoint, légataire universel)

Conformément à l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique, seules sont communiquées aux ayants-droit les informations nécessaires pour répondre à l'objet de leur demande. Ces dispositions n'instaurent donc qu'un droit d'accès limité à celles-ci, et non à l'entier dossier médical. Il appartient à l'équipe médicale d'apprécier si un élément du dossier se rattache à l'objectif invoqué. Cette demande est recevable uniquement pour :

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir ses propres droits

NB : les informations contenues dans le dossier médical d'un patient sont strictement personnelles et confidentielles. Toute tentative pour essayer d'obtenir des informations en dehors des cas mentionnés ci-dessus vous expose à des poursuites (un an d'emprisonnement et 15 000€ d'amende). Par ailleurs, le dossier peut contenir des informations concernant des tiers, ou recueillies auprès de ceux-ci. Selon la loi, ces informations ne sont en aucun cas communicables.

Enfin nous vous informons que le secret médical interdit à tout médecin de communiquer un quelconque renseignement à un assureur ou un médecin d'assurance. L'interdiction concerne également l'envoi direct d'un certificat ou d'un extrait de dossier portant sur l'état de santé de l'assuré.

Modalités de réception / consultation :

Vous avez la possibilité de demander :

- Que les copies de votre dossier vous soient envoyées à domicile (avec accusé de réception et frais à votre charge)
- Qu'elles soient adressées au médecin de votre choix (ces copies vous seront facturées)
- A consulter votre dossier sur place, en présence d'un médecin et sur rendez-vous

Délais de transmission :

Le délai de transmission des copies de votre dossier médical est de 8 jours ouvrés pour les dossiers datant de moins de 5 ans (60 jours pour les dossiers datant de plus de 5 ans) et ne courra qu'à compter de la date de réception complète des éléments requis (y compris le règlement effectif de la facture).

Facturation des copies :

Des frais de reproduction vous seront facturés, de même que des frais d'envoi (sauf si le montant total est inférieur à 5 euros). Une facture vous sera envoyée après réception des pièces justificatives. L'envoi du dossier médical ne sera réalisé qu'après réception du paiement de la facture.

Tarifs (applicables pour toute demande à compter du 01/01/2019) :

- 0,25€/page (une feuille recto-verso = 2 pages)
- Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception en sus : tarifs en vigueur de la poste
- Plafonnement du montant facturé à 100€ (frais d'envoi compris)

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU PATIENT :

Nom et prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :/...../.....

Si concerné, date de décès :/...../.....

Adresse postale :

Téléphone :/...../...../...../..... Adresse mail :

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Patient

Si différent, nom et prénom :

Ayant-droit

Motif de la demande (obligatoire) :

- Connaitre les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt (ex : réalisation d'un dossier de reconnaissance de maladie professionnelle...)
- Faire valoir vos propres droits (ex : succession, assurance vie...)

Tuteur

Représentant légal (patient mineur)

RENSEIGNEMENTS UTILES POUR LA RECHERCHE DU DOSSIER

Date(s) ou période(s) d'hospitalisation :

Du :/...../..... au/...../.....

ou Année(s) :

Nom du/des médecins vous ayant pris en charge et spécialité médicale ou chirurgicale :
.....

DOCUMENTS DEMANDES

- Pièces essentielles (comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, résultats anatomo-pathologiques...)
- Copie intégrale (**attention au coût pouvant être élevé ; cf tarifs au recto**)
- Autre (préciser) :
.....
.....

MODALITES DE LA COMMUNICATION

- Envoi postal à mon domicile (en recommandé avec accusé de réception – FRAIS A MA CHARGE ; cf tarifs au recto)
- Consultation du dossier sur place en présence d'un médecin de la clinique
- Envoi au médecin de mon choix (FRAIS A MA CHARGE ; cf tarifs au recto) :

Nom :

Adresse :

CP : Ville :

Dès réception de ce formulaire complété et des pièces justificatives demandées (voir tableau au recto), une facture vous sera envoyée, correspondant aux coûts de reproduction et d'envoi. Votre dossier ne sera envoyé qu'à réception du règlement de la facture.

Date :/...../.....

Signature