



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER

Patient lui-même majeur non protégé
Mineur émancipé

Afin de faciliter le traitement de votre demande, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le transmettre à :

Polyclinique de La Clarence
Monsieur le Directeur
Rue du Docteur Charles Legay
62460 DIVION
eDI_mTIM@ahnac.com

VEUILLEZ INDIQUER

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Tél : _____

Adresse : _____

PIECES DU DOSSIER QUE VOUS DEMANDEZ

- La totalité du dossier ☐
- Certaines parties du dossier ☐

Dans ce cas, précisez date – service d'hospitalisation – médecin :

MODALITES DE COMMUNICATION QUE VOUS SOUHAITEZ

- | | |
|---|---|
| ☐ Par envoi postal de copies | ☐ Remise du dossier en main propre |
| ☐ Par consultation sur place | ☐ Par consultation sur place avec photocopies de documents remis |

Pièces justificatives d'identité à fournir

- Copie d'un justificatif d'identité (carte d'identité, passeport ou titre de séjour)

En cas de consultation sur place, vous avez la possibilité d'être accompagné par un médecin de l'Etablissement

Désirez-vous qu'un médecin de l'établissement vous accompagne lors de la consultation de votre dossier ?

☐ Oui ☐ Non

RAPPEL

Les informations auxquelles vous accédez sont strictement personnelles et pourraient être utilisées par des tiers à vos dépends (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

Les éléments demandés vous seront transmis dans un délai de 48H minimum.

FRAIS : 0,18€ par page. La 1^{ère} demande est exonérée. Les demandes suivantes : un recto-verso est facturé 2x 0,18cts + frais d'envoi

Date : _____

Signature du demandeur :

Par un tiers

Afin de faciliter le traitement de votre demande, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le transmettre à :

Polyclinique de La Clarence
Monsieur le Directeur
Rue du Docteur Charles Legay
62460 DIVION
eDI_mTIM@ahnac.com

VEUILLEZ INDIQUER :

Votre nom d'usage : _____ Votre nom de naissance : _____

Votre prénom : _____ Votre adresse : _____

DOSSIER CONCERNE :

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Votre prénom : _____ Sa date de naissance : _____

Date – service d'hospitalisation – médecin : _____

Dans les options suivantes, veuillez préciser votre situation par rapport à la personne concernée par le dossier et fournir les justificatifs nécessaires :

☐ Vous êtes un ayant droit d'un patient décédé	Justificatifs à fournir
Préciser votre lien de parenté : Préciser le motif de votre demande parmi les trois possibilités : • Connaître la cause du décès ☐ • Défendre la mémoire du défunt ☐ • Faire valoir vos droits ☐	✉ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour) ✉ Document justifiant votre qualité d'ayant droit (certificat d'hérédité pour les conjoints, extrait d'acte de naissance, copie du livret de famille...)
☐ Vous êtes le tuteur du patient	✉ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour) ✉ Copie du document justifiant votre statut de tuteur
☐ Vous êtes médecin désigné comme intermédiaire par un patient	✉ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour) ✉ Copie de votre inscription au conseil de l'ordre (sauf si vous êtes médecin militaire) ✉ Document écrit du patient vous désignant comme médecin intermédiaire
☐ Vous êtes détenteur de l'autorité parentale du mineur pour lequel vous demandez le dossier	✉ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour) ✉ Copie du livret de famille ✉ Copie du jugement certifiant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale (en cas de séparation)

MODALITES DE COMMUNICATION QUE VOUS SOUHAITEZ

- | | |
|---|---|
| ☐ Par envoi postal de copies | ☐ Remise du dossier en main propre |
| ☐ Par consultation sur place | ☐ Par consultation sur place avec photocopies de documents remis |

En cas de consultation sur place, vous avez la possibilité d'être accompagné par un médecin de l'Etablissement

Désirez-vous qu'un médecin de l'établissement vous accompagne lors de la consultation de votre dossier ?

☐ Oui ☐ Non

RAPPEL : Les éléments demandés vous seront transmis dans un délai de 48H minimum.

FRAIS : 0,18€ par page. La 1^{ère} demande est exonérée. Les demandes suivantes : un recto-verso est facturé 2x 0,18cts + frais d'envoi

Date : _____

Signature du demandeur : _____