



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 du Ternois
Madame la Directrice
55 rue Rosemont
62130 SAINT POL SUR TERNOISE
eSP_mTIM@polycliniqueduternois.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
- Par consultation sur place
- Remise du dossier en main propre
- 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 du Ternois
Madame la Directrice
55 rue Rosemont
62130 SAINT POL SUR TERNOISE
eSP_mTIM@polycliniqueduternois.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 :

<input type="checkbox"/> 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 : <ul style="list-style-type: none"> • Connaître la cause du décès <input type="checkbox"/> • Défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> • Faire valoir vos droits <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 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...)
<input type="checkbox"/> Vous êtes le tuteur du patient	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour) ☞ Copie du document justifiant votre statut de tuteur
<input type="checkbox"/> Vous êtes médecin désigné comme intermédiaire par un patient	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 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
<input type="checkbox"/> Vous êtes détenteur de l'autorité parentale du mineur pour lequel vous demandez le dossier	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 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 : _____