

Vous souhaitez obtenir des documents médicaux relatifs à votre hospitalisation ou à celle de la personne dont vous êtes le représentant légal ou l'ayant-droit.

Vous devez :

- ✓ **Remplir** le formulaire au verso
- ✓ **Joindre** les documents suivants :

Demandeur	Pièces à fournir
<b>Majeur capable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie d'une pièce d'identité</li> <li>- Copie de la carte vitale (ou de l'attestation)</li> </ul>
<b>Personne titulaire de l'autorité parentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie de votre pièce d'identité</li> <li>- Copie de la pièce d'identité du mineur</li> <li>- Copie de la carte vitale (ou de l'attestation) dont relève le mineur</li> <li>- Copie du livret de famille ou de la décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale</li> </ul> <p><b>Le mineur peut refuser à son/ses représentants légaux l'accès à son dossier ou le conditionner à la présence d'un médecin lors de sa consultation.</b></p>
<b>Représentant légal d'un majeur sous tutelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie de votre pièce d'identité</li> <li>- Copie de la pièce d'identité du majeur protégé</li> <li>- Copie de la carte vitale (ou de l'attestation) du majeur protégé</li> <li>- Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur</li> </ul>
<b>Ayant droit d'une personne décédée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie de votre pièce d'identité</li> <li>- Un document attestant de votre qualité d'ayant droit (Notaire / Etat civil)</li> <li>- Un certificat de décès de la personne dont le dossier est demandé</li> <li>- L'exposé des motifs de la demande</li> </ul> <p>Votre demande ne pourra aboutir que si le défunt ne s'y est pas opposé et si elle est motivée par l'une des trois raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- connaissance des causes du décès</li> <li>- possibilité de faire valoir vos droits</li> <li>- la défense de la mémoire du défunt</li> </ul>

- ✓ **Joindre**, le cas échéant, **le règlement** des frais de copie et/ou d'envoi :

La consultation sur place des documents est **gratuite**.

Frais de copie (copies retirées sur place) : **0,18 € par copie**.

Frais de copie et d'envoi en recommandé avec accusé de réception : **forfait de 15 €** à régler par chèque (à l'ordre de la Clinique Saint Jean de Dieu) accompagnant la présente demande.

- ✓ **Adresser** votre demande à :

**Madame la Directrice - Clinique Saint Jean de Dieu**

**2, rue Rousselet – 75007 PARIS**

**Délais de communication :**

Le demandeur obtiendra la communication des informations du dossier médical datant de moins de 5 ans au plus tard dans un délai de 8 jours à compter de la réception du formulaire de demande rempli accompagné des pièces demandées, et pour les dossiers datant de plus de 5 ans, sous 2 mois.

**Afin de garantir la confidentialité des informations médicales, aucun document n'est envoyé par mail**

Je, soussignée M/Mme/Mlle .....  
(Nom, prénom, nom de jeune fille pour les femmes mariées)

né(e) le .....

Téléphone : ..... (obligatoire pour consulter les documents sur place)

Adresse : .....

Le cas échéant : père/mère/représentant légal/ayant droit/personne de confiance (art. L1111-6 du Code de la Santé Publique) désignée de :

Nom, prénom du patient : .....

né(e) le .....

**Demande à obtenir communication des documents suivants :**

- Le compte-rendu opératoire  
 Le(s) compte-rendu des examens complémentaires, préciser lesquels : .....

- Autres documents, préciser lesquels : .....

**Concernant l'hospitalisation du ..... au ..... ,  
et souhaite :**

- Consulter ces documents sur place à la Clinique Saint Jean de Dieu (la clinique vous contactera pour fixer un rendez-vous)

Dans ce cas, souhaitez-vous être assisté par un médecin :  oui  non

- Retirer des copies sur place à la Clinique Saint Jean de Dieu  
 Recevoir copie de ces documents à mes nom et adresse mentionnés ci-dessus (envoi en recommandé avec accusé de réception)

- Que ces pièces soient envoyées au Médecin par :  
 Courrier recommandé avec accusé de réception  Fax  
Coordonnées du médecin (Nom, prénom, adresse, fax) .....

**Motif de la demande** (pour le dossier d'un patient décédé)

- J'autorise les professionnels habilités de la clinique à accéder à mon dossier médical.
- Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs...).
- Des difficultés d'interprétation de ces informations sont possibles. Il est vivement recommandé d'accéder à ces informations à l'occasion d'une consultation médicale que la clinique et les professionnels s'offrent d'organiser. Vous pourrez également profiter de cette consultation en présence d'une tierce personne (entourage, médecin ou milieu associatif) et bénéficier d'un suivi ou soutien psychologique.

Le ..... **Signature du demandeur :**

**Signature du mineur (le cas échéant) :**