Ramsay Santé
Hôpital privé Dijon Bourgogne

Demande de communication de documents médicaux
ou d'un dossier médical personnel
(Article L.1111-7 et articles R.1111-1 à R.1111-8 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e) : (écrire en lettre majuscule)

Nom : ……

Prénom : ……

Domicilié : Rue : ……Ville et code postal :……

Né(e) le : ……/……/……

A : ……

Tél. : ……

Si le patient est mineur ou sous tutelle : ☐ père ☐ mère ☐ représentant légal

De :
Nom et prénom du patient : ……

Né(e) le : ……/……/……

Demande à obtenir la communication des documents suivants, établis par l'établissement à mon nom (ou au nom du patient) :

☐ L'intégralité de mon dossier médical

Ou ☐ Le compte rendu opératoire

Ou ☐ Le compte rendu de mon (son) hospitalisation

Ou ☐ Autres documents (à préciser) :

……

……

……

Renseignements facilitant la recherche du dossier :

Date d'hospitalisation (mois et année impérativement) :

du ……/……/……au ……/……/……

Nom du praticien :

……

Hôpital Privé Dijon Bourgogne ou Clinique (Fontaine-les-Dijon, Chenôve ou Sainte-Marthe) :

……

Selon les modalités suivantes :

☐ A m'envoyer en lettre recommandé AR
à mon adresse indiquée ci-dessus

Ou ☐ A envoyer au Docteur :

Nom : …… Prénom : ……

Adresse :……

Ou ☐ A consulter sur place, au sein de l'établissement (prendre rendez-vous)
Dans ce cas, je souhaite être assisté par un médecin ☐ oui ☐ non

Hôpital privé Dijon Bourgogne
22 Avenue Françoise Giroud
21000 DIJON
Téléphone : 03 74 82 21 21
Fax : 03 80 40 02 35
Capital de 1.539.285,60 euros
404 724 809 RCS DIJON
www.hopital-prive-dijon-bourgogne.ramsaygds.fr

Ramsay Santé
Hôpital privé Dijon Bourgogne

Le demandeur est informé :

- que les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications. Le médecin pourra donc parfois souhaiter que leur communication s'effectue avec des précautions particulières, en conformité avec ses obligations déontologiques.
- que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivants la date de réception de sa demande pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens (la loi prévoit 2 jours de réflexion pendant lesquels le dossier ne peut par être communiqué).

Date de la demande : ……/……/…… **Signature du demandeur :**

Ce document doit être adressé complété à la Direction de l'établissement et accompagné des pièces suivantes :

Demandeur :	**Pièces à fournir** :
Majeur capable	- Copie recto verso de la pièce d'identité
Personne titulaire de l'autorité parentale	- Copie recto verso de la pièce d'identité - Copie recto verso de la pièce d'identité du mineur - Copie du livret de famille ou de la décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale (ordonnance ou décision du juge aux affaires familiales)
Représentant légal d'un majeur sous tutelle	- Copie recto verso de la pièce d'identité du tuteur - copie recto verso de la pièce d'identité du majeur protégé - copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur (ordonnance du juge des tutelles)

Hôpital privé Dijon Bourgogne
22 Avenue Françoise Giroud
21000 DIJON
Téléphone : 03 74 82 21 21
Fax : 03 80 40 02 35
Capital de 1.539.285,60 euros
404 724 809 RCS DIJON
www.hopital-prive-dijon-bourgogne.ramsaygds.fr