

JE M'IDENTIFIE (*)

Je soussigné(e) Mr Mme

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Mail :

JE DEMANDE (*)

À mon nom

Au nom d'un patient / résident (*mon fils, ma fille, la personne dont je suis représentant légal ou l'ayant-droit*)

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance : / /

Précisez votre lien avec le patient :

Je demande la communication de la copie des documents suivants (*)

Attention la totalité d'un dossier peut être volumineux. Nous vous rappelons que le compte-rendu reprend généralement la synthèse du séjour et répondra bien souvent à vos questions.

Copie partielle du dossier médical → Sélectionner le ou les document(s) souhaité(s)

Compte-rendu (hospitalisation, consultation)

Biologie

Imagerie (radiographie, scanners, IRM,...)

Autres, à préciser :

Copie intégrale des pièces du dossier médical

Précisez les éléments suivants : Accompagné des clichés radiographiques : Oui Non

Autres, à préciser :

Si aucune précision n'est donnée, seules les pièces essentielles du dossier médical seront envoyées.

Je renseigne le / les séjours concerné(s) :

Dates / Période	Service	Nom du médecin

En tant qu'ayant-droit, je motive ma demande (*)

Connaitre les causes du décès du patient

Défendre la mémoire du défunt

→ Préciser le contexte : _____

Faire valoir mes droits

→ Préciser le contexte : _____

(Exemples : Procédure d'annulation d'un testament, faire valoir des droits à la succession, maladie professionnelle due à l'amiante, justifier de ses droits auprès d'une compagnie d'assurance...) Seules les pièces permettant de répondre au motif choisi sont communicables mais en aucun cas l'ensemble du dossier.

Seules les pièces permettant de répondre au motif choisi sont communicables mais en aucun cas l'ensemble du dossier.

JE CHOISIS MES MODALITÉS DE CONSULTATION (*)

Choisissez la modalité de transmission (*) :

Consultation gratuite sur place à l'HIVA en présence d'un médecin

Le secrétariat vous contactera pour prendre rendez-vous

Je souhaite la remise d'une copie du dossier lors de cette consultation

→ Numéro de téléphone (prise de rendez-vous) : _____

Remise en main propre sur présentation de votre pièce d'identité ou d'une procuration signée par le demandeur.

Le secrétariat vous contactera pour convenir de la date à laquelle vous pourrez retirer les documents

→ Numéro de téléphone (prise de rendez-vous) : _____

Envoi postal (Lettre recommandée avec accusé de réception)

Les frais de délivrance vous seront facturés s'ils sont supérieurs à 15 €.

Choisissez ci-dessous le destinataire :

A mon nom : (Merci de préciser l'adresse complète)

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

A un médecin : (Merci de préciser l'adresse complète)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

JE FOURNIS POUR MA DEMANDE (*)

Pièces à fournir obligatoirement pour toute demande :

- Copie de votre pièce d'identité recto-verso en cours de la validité (*carte nationale, passeport, carte de séjour, permis de conduire. La pièce d'identité fournie devra obligatoirement être revêtue d'une photographie.*)

Pièces à fournir obligatoirement pour toute demande pour un tiers : (*personne majeure protégée sous tutelle ou personne décédé*)

- Copie de la pièce d'identité recto-verso en cours de la validité du tiers (*carte nationale, passeport, carte de séjour, permis de conduire. La pièce d'identité fournie devra obligatoirement être revêtue d'une photographie.*)

Ajouter pour un patient majeur protégé sous tutelle :

- Copie de la décision du juge des tutelles. Accord du tuteur à ce que le majeur protégé accède à son dossier.

Ajouter pour un patient décédé :

- Un acte de décès (pour un patient non décédé à l'HIVA).
- Un justificatif de la volonté de défendre la mémoire du défunt (*copie d'un courrier de l'assurance ...*) ou à défaut une lettre expliquant le motif de votre demande.
- Un justificatif de la qualité d'ayant droit (*copie du livret de famille, certificat d'hérédité, attestation intégrale du PACS, attestation de concubinage sur l'honneur ou un certificat de vie commune délivré par la Mairie ou facture mentionnant les deux noms de familles ou un acte de notoriété.*)

J'ATTESTE (*)

Je soussigné(e) Madame Monsieur

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom :

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- Assume l'entière responsabilité de la transmission des données médicales
- Accepte de prendre en charge les frais de reproduction et d'envoi (selon le tarif en vigueur)

Fait à Le : / /

Signature obligatoire du demandeur :