



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Vous avez sollicité la communication d'un dossier médical. Seul le patient concerné, le tuteur ou l'ayant droit d'un patient décédé peut avoir, sous conditions, accès au dossier médical.

Pour obtenir communication du dossier médical, veuillez nous retourner le présent formulaire dûment complété, daté et signé, accompagné des pièces justificatives, par recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

**M. Le Directeur de la clinique Synergia Ventoux**  
**26 rond-point de l'Amitié**  
**84200 Carpentras**

---

### PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE :

NOM : ..... NOM de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....

---

### DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUÉE PAR :

Demandeur	conditions	Documents à joindre à la demande
<input type="checkbox"/> Le patient lui-même		- Copie recto-verso de votre carte d'identité ou passeport
<input type="checkbox"/> Un ayant droit	Uniquement pour les patients décédés	- Copie recto-verso de la carte d'identité du demandeur - Copie du document attestant de la preuve de la qualité de l'ayant droit (livret de famille, acte notarié, acte de naissance, certificat d'hérédité ou contrat particulier). - l'acte de décès
<input type="checkbox"/> Un représentant légal	Pour les mineurs	- Copie recto-verso de la carte d'identité du demandeur et du mineur - Copie du livret de famille ou acte de naissance
<input type="checkbox"/> Un tuteur	Pour les majeurs protégés	- Copie recto-verso de la carte d'identité du demandeur et du majeur protégé - Copie de l'ordonnance du juge des tutelles

Pour l'ayant droit (article L1110-4 du code de la santé publique) : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, **sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès** ».

---

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR :**

NOM : .....NOM de jeune fille : .....

Prénom : .....Date de naissance : .....

Adresse .....

Code postal : .....Ville : ..... Téléphone .....

Lien de parenté avec le patient ou qualité de l'ayant droit : .....

Motif de la demande (pour le patient décédé) .....

---

**NATURE DE LA DEMANDE :**

Pièces du dossier médical souhaitées :

L'intégralité du dossier

Ou les pièces suivantes :

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Dossier d'anesthésie
- Résultats d'examens : .....
- Autres pièces : .....

Date(s) du(es) séjour(s) concerné(s) par la demande de dossier : .....

Modalités de communication du dossier :

- consultation sur place seul ou accompagné par une tierce personne médicale ou non médicale
- consultation sur place avec accompagnement d'un praticien interne à l'établissement
- copie du dossier que vous viendrez chercher sur place
- copie et envoi par recommandé des éléments demandés à votre domicile

---

Délai: Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum.

Tarif: Conformément à l'article L.1111.7 du Code de la Santé Publique, une participation financière forfaitaire **d'un montant de 35 €** vous est demandé, correspondant aux frais **par séjour** liés à la recherche du dossier médical, à sa reproduction ainsi qu'à sa transmission.

Après réception et encaissement de votre règlement par chèque libellé à l'ordre de **SYNERGIA VENTOUX**, nous pourrons vous communiquer les documents demandés.

---

Fait le : .....

A : .....

Signature du demandeur :