

# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Département des dossiers médicaux - 505, rue Irène Joliot Curie 76620 LE HAVRE  
Tél. 02 76 89 94 18 – Email : [hpe.contact@ramsaysante.fr](mailto:hpe.contact@ramsaysante.fr)

## 1 - IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
NOM D'USAGE \_\_\_\_\_  
PRENOMS \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
TEL. PORTABLE : \_\_\_\_\_ EMAIL : \_\_\_\_\_

## 2 - IDENTITE DU PATIENT

NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
NOM D'USAGE \_\_\_\_\_  
PRENOMS \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  Patient  
 Père, mère  
 Tuteur

- Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_  
Nom du médecin \_\_\_\_\_  
 Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale

Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3 - MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

Retirer les copies à l'accueil de l'établissement (uniquement sur rendez-vous)

Que les copies soient adressées en recommandé à mon adresse :

(Adresse indiquée rubrique 1 – « Identité du demandeur »)

Que les copies soient adressées en recommandé au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consulter le dossier à l'accueil de l'établissement

- Seul(e)  
 Accompagné(e) d'un tiers

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
LIEN DE PARENTE \_\_\_\_\_

Accompagné(e) d'un médecin

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

**Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso**

Fait au Havre, le .....

Signature :

## MODALITES D'ACCES

### 4 - PIÈCES À FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :**
  - ✓ Pièce d'identité
  
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants, joindre obligatoirement copie :**
  - ✓ Pièce d'identité
  - ✓ Livret de famille
  - ✓ Le cas échéant, document justifiant de l'autorité parentale
  
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou majeur sous tutelle, joindre copie :**
  - ✓ Pièce d'identité
  - ✓ Document attestant de votre qualité de tuteur

### 5 - DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours, porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans.

Dans tous les cas, un délai de réflexion incompressible de 48 heures sera applicable avant la communication des documents.

### 6 - COMMUNICATION DU DOSSIER

#### a- Consultation et/ou retrait à l'accueil de l'établissement (sur rendez-vous uniquement)

Le retrait du dossier se fait uniquement à l'accueil, sur rendez-vous fixé par le service (tél. 02.76.89.94.18)

#### b- Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis-à-vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...)**