

# HOPITAL LEON BERARD

CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE  
AVENUE DU DOCTEUR MARCEL ARMANET - CS 10121 - 83418 HYERES CEDEX - T. 04 94 38 05 05

## > DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

### INFORMATIONS PREALABLES

Vous souhaitez demander une communication de votre dossier médical, ce que vous devez savoir :

1. Vous devez adresser une **demande écrite au Directeur** de l'Hôpital (encadré ci-après à renseigner).
2. Vous devez joindre à cette demande un **justificatif de votre identité** : copie de votre Carte Nationale d'Identité, Passeport ou Carte de Séjour, Livret de Famille attestant de votre filiation pour les représentants légaux, document attestant de votre qualité d'ayant-droit (successeur légal) pour une demande concernant un patient décédé ou copie de l'Ordonnance du Juge des Tutelles pour les tuteurs légaux.

**FACTURATION DES COPIES DE DOSSIERS MEDICAUX** (en application du Décret du 6 juin 2001) :

La consultation sur place	<b>Gratuit</b>
La consultation sur place et la demande de copies	<b>Frais de reproduction</b> à la charge du demandeur <b>au tarif de 0,18 € la page de copie</b>
La demande de copies à retirer sur place	<b>Frais de reproduction</b> à la charge du demandeur selon un <b>tarif forfaitaire de 20 € acquitté avant la remise des copies</b> , avec remboursement partiel secondaire si le calcul fait apparaître un coût inférieur à cette somme
La demande de copies et l'envoi	<b>Frais de reproduction + frais d'envoi</b> (en Recommandé avec Accusé de Réception) à la charge du demandeur <b>acquittés avant la remise des copies</b> , avec remboursement partiel secondaire si le calcul fait apparaître un coût inférieur à cette somme

**DELAIS DE COMMUNICATION** (en application de l'Arrêté du 5 mars 2004) :

Séjour de moins de 5 ans	Au plus tard dans les <b>8 jours</b> suivant la demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé
Séjour de plus de 5 ans	Au plus tard dans les <b>2 mois</b>

D'une façon générale, **il vous est conseillé d'être accompagné** d'une tierce personne lors de la consultation des informations à caractère médical pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement pourrait vous faire courir.

## DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

(à l'attention du Directeur de l'Hôpital Léon Bérard)

Je soussigné(e) : M, Mme, Mlle .....

domicilié(e).....

hospitalisé(e) du ..... au ..... Unité de Soins .....

demande à obtenir communication des documents suivants établis et détenus par l'Hôpital Léon Bérard :

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ensemble des éléments communicables du dossier médical |
| <input type="checkbox"/> compte-rendu d'hospitalisation                         |
| <input type="checkbox"/> autres pièces (à préciser) : .....                     |

Les documents nominatifs demandés ont été établis à l'Hôpital au titre d'une hospitalisation :

- à mon nom
- au nom de : .....

Dans ce cas, j'effectue la demande au titre de (préciser votre qualité) :

- représentant légal
- autre (à préciser) : .....

La communication s'effectuera selon les modalités suivantes :

- consultation sur place avec possibilité de remise de copies
- remise de copies sur place (préciser n° de téléphone : .....) )
- envoi de copies (destinataire) :
  - à mon adresse
  - autre (à préciser : nom, prénom, adresse) : .....

Date : .....

Signature : .....