



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER DU PATIENT

A retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires à :

**Clinique Saint-Yves**  
Monsieur le Directeur  
4 rue Adolphe Leray – CS 54435  
35044 RENNES cedex  
Téléphone : 02 99 26 26 00

### IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur  
NOM : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Né(e) le : .....  
Domicilié(e) .....  
N° de téléphone (nécessaire pour vous appeler si difficulté) :

### JE DEMANDE MON DOSSIER

#### Pièce à joindre à votre demande (justificatif d'identité)

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- ou - copie de votre permis de conduire
- ou - copie de votre passeport

### JE DEMANDE LE DOSSIER D'UNE AUTRE PERSONNE

NOM DU PATIENT : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Né(e) le : .....

J'exprime cette demande en ma qualité de :

#### DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE père mère

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance
- en cas de divorce : une copie du jugement attestant de l'autorité parentale
- si l'enfant a 13 ans ou plus : une autorisation écrite de sa main

#### PERSONNE EN CHARGE D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE tuteur

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto-verso) du patient concerné par la demande
- copie du jugement de tutelle

#### PERSONNE MANDATEE PAR LE PATIENT LUI-MEME

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto-verso) du patient concerné par la demande
- un document écrit permettant de justifier du mandat (daté et signé par le patient concerné)

#### AYANT DROIT D'UNE PERSONNE DECEDEE Décédé(e) le : .....

conjoint  concubin  partenaire pacsé  enfant  père-mère  autre .....

Pièces à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie du livret de famille
- copie de l'acte de décès
- copie de certificat de vie commune pour le concubin
- copie du contrat de PACS pour le partenaire pacsé
- certificat d'hérédité ou acte ou attestation notarié(e) pour les autres ayants-droit

**ET je précise impérativement le motif de la demande** (seules peuvent être transmises les pièces en lien avec le motif invoqué) :

Connaître les causes de la mort  Défendre la mémoire du défunt(\*)  Faire valoir mes droits(\*)

(\*) Préciser les motifs : .....

### RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DES INFORMATIONS MEDICALES

Service d'hospitalisation ou de consultation

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation

.....  
.....

.....  
.....

## NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES

- ACCES A MON DOSSIER  ACCES AU DOSSIER D'UNE AUTRE PERSONNE
- Je souhaite accéder à l'intégralité du dossier
- Je ne souhaite pas obtenir l'intégralité du dossier, mais uniquement :
- le compte-rendu d'hospitalisation
  - le compte-rendu de consultation
  - les résultats d'examens (je précise lesquels) : .....
  - le compte-rendu d'imagerie médicale
  - le dossier paramédical
  - le dossier social
  - d'autres documents (je précise lesquels) : .....
- En tant qu'ayant droit, je souhaite accéder aux informations en rapport avec l'un des motifs suivants :
- connaître les causes de la mort
  - défendre la mémoire du défunt
  - faire valoir mes droits

## MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

Conformément à l'article L.1111-7 DU Code de la Santé Publique, la reproduction des documents et les frais d'envois seront facturés.  
*Coût d'une photocopie : 0,18€ par copie*

**La consultation sur place, sans reprographie, est gratuite**

- Je choisis la consultation du dossier sur place en présence d'un médecin (prestation gratuite)  
Le secrétariat médical vous proposera un rendez-vous.  
Numéro de téléphone : .....  
Adresse mail : .....
- Je désigne comme intermédiaire le médecin de mon choix et je demande l'envoi des copies à son Cabinet :
- NOM et prénom du médecin : .....  
Adresse : .....
- Je demande l'envoi des copies à mon domicile (par lettre recommandée avec accusé de réception)  
**Si je choisis, cette option, j'adresse un chèque de caution de 50 € à l'ordre de la Clinique Saint-Yves joint à ce formulaire.** Ce chèque ne sera pas encaissé. Vous recevrez avec le dossier une facture établie au coût réel. Vous disposez d'un délai de 3 mois pour vous acquitter de cette facture. Passé ce délai, ce chèque sera encaissé.
- Adresse : .....

## DELAI DE COMMUNICATION

Le dossier médical vous sera communiqué au plus tôt après l'observation d'un **délaï de réflexion de 48 heures suivant la réception de votre demande complète.**  
L'établissement dispose d'un délai de **8 jours** pour vous transmettre les documents demandés. Ce délai est porté à **2 mois** si les informations médicales datent de plus de 5 ans.

## ATTESTATION

Je soussigné(e) **M. Mme** .....

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- Accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé. Pour ce faire, j'adresse un chèque de caution de 50 € à l'ordre de la Clinique Saint-Yves.
- Joins à ce formulaire l'ensemble des pièces justificatives demandées.

**J'ai bien noté que toute demande incomplète ne sera pas traitée par la Clinique.**

Fait à ..... Le .....

**Signature obligatoire**