

Formulaire à retourner par le demandeur :  
Hôpital Privé Gériatrique Les Sources  
Direction - Relations avec les Usagers  
10, Camin Pietruschi - 06105 NICE CEDEX 2

**Hôpital Privé Gériatrique Les Sources**

**1 - Demandeur**

- Patient lui-même (1)  Ayant droit : (1) (2)  conjoint  fils  fille  
 Concubin (1) (6) (7)  (1) (3)  père  mère  frère  sœur  
 Partenaire PACS (1) (6) (8)  Autre (à préciser) (1) (5) \_\_\_\_\_  
 Tuteur du patient (1) (4)

**2 - Identité du patient**

Nom de famille \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code Postal - Ville \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

**3 - Identité du demandeur (si le patient n'est pas le demandeur)**

Nom de famille \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code Postal - Ville \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

**4 - Motif de la demande pour le dossier d'un patient décédé (qui ne doit pas, de son vivant, s'être opposé à cette communication)**

- Connaître les causes du décès Date du décès \_\_\_\_\_  
 Défendre la mémoire du défunt (motivation circonstanciée à préciser, sur papier libre)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Faire valoir mes droits (motivation circonstanciée à préciser, sur papier libre)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5 - Pièces justificatives jointes à la demande (  impératif)**


- (1)  une pièce officielle attestant de votre identité (1)  
 carte d'identité recto-verso  permis de conduire  
 passeport  
 les pièces justificatives attestant de votre qualité  
 (2)  livret de famille (2)  
 (2)  ou certificat d'hérédité (succession simple) et décision du juge des affaires familiales en cas de séparation ou de divorce (2) (3)  
 (3)  ou acte de notoriété (succession complexe) et décision du juge des affaires familiales en cas de séparation ou de divorce (2) (3)  
 (3)  justificatif de l'autorité parentale du parent demandeur (3)  
 (4)  ordonnance du Juge des Tutelles (étendue du jugement) (4)  
 (5)  mandat exprès (original) en cours de validité, daté et signé par le mandant (5)  
 (5)  attestation du notaire (5)  contrat d'assurance (5)  
 (6)  extrait d'acte de naissance (6)  
 (8)  copie du PACS (8)  certificat de vie commune (ou de concubinage) ou, à défaut, une attestation sur l'honneur signée par les 2 concubins (7)

**6 - Unités de Soins et périodes**

Désignation de l'unité de soins	date d'entrée	date de sortie

**7 - Pièces du dossier médical demandées**

- les pièces significatives du dossier médical  
 Correspondances échangées entre professionnels de santé  Compte-rendu d'examen (bilans sanguins, échographie cardiaque, épreuves respiratoires, ...)  
 Compte-rendu d'hospitalisation  Compte-rendu d'imagerie médicale  
 Compte-rendu de consultation  Dossier infirmier  
 Dossier d'anesthésie  autres pièces (à préciser) : \_\_\_\_\_  
 Compte-rendu opératoire  
 la totalité du dossier médical (cette case ne peut être cochée que par le patient demandeur de son dossier médical)

 Les ayants droits n'ont accès qu'aux seules informations nécessaires à l'objectif qu'ils poursuivent (Conseil d'État – 26 septembre 2005). Il ne peut y avoir de communication intégrale du dossier médical. Les pièces communiquées au demandeur seront en rapport exact avec le motif de la demande, telle qu'elle aura été formulée (cf. articles L 1110-4 alinéa 7 et R 1111-7 du Code de la Santé Publique).

**Hôpital Privé Gériatrique Les Sources**  
Établissement de santé à but non lucratif

Formulaire à retourner par le demandeur :  
Hôpital Privé Gériatrique Les Sources  
Direction - Relations avec les Usagers  
10, Camin Pietruschi - 06105 NICE CEDEX 2

**8 - Destinataire des informations**

**Le demandeur** (le patient, un des ayants droit ou le tuteur)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Adresse (**précisez l'adresse d'expédition des pièces du dossier si différente des cadres 2 et 3**) \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**Ou**

**Le tiers désigné** ci-dessous

Qualité \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Adresse (**précisez l'adresse d'expédition des pièces du dossier**) \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**9 - Mode de communication**

**Consultation sur place** N° à contacter pour vous fixer un rendez-vous \_\_\_\_\_

sans accompagnement médical

avec l'accompagnement médical mis en place par l'Hôpital Privé Gériatrique les Sources

*Les copies réalisées, le cas échéant, lors de la consultation sur place vous seront facturées au tarif fixé par la Direction Générale.*

**Reproduction et retrait sur place (9)** N° à contacter pour vous fixer un rendez-vous \_\_\_\_\_

**Reproduction et envoi en LR-AR (9)**

**(9) dès réception d'un chèque** couvrant la reproduction et l'affranchissement, **à l'ordre de l'Hôpital Les Sources - Nice**

*Tout envoi complémentaire pourra donner lieu à une nouvelle facturation.*

*La reproduction est réalisée par l'unité de soins et remise sous pli confidentiel à la Direction Générale pour transmission au demandeur.*



*En l'absence de choix exprimé quant aux modalités de communication, les données seront expédiées en LR-AR, à l'expiration du délai maximal de de transmission avec la facture.*

**10 - Attestation**

M. Mme (Nom - Prénoms) \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,

joint à la demande la pièce justifiant de mon identité,

joint à la demande la pièce justifiant de ma qualité, s'il y a lieu

et accepte de régler les frais de reproduction et l'envoi postal en recommandé AR des pièces du dossier médical demandées.

Fait à

Signature du demandeur

le

Pour tout renseignement : Direction Générale - Relations avec les Usagers ☎ 04 92 15 40 10

Cadre réglementaire

Loi 2002-303 du 4 mars 2002

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002

Arrêté du 5 mars 2004 modifié par Arrêté du 3 janvier 2007

Conseil d'Etat n° 27.02.34 – Arrêt du 26 septembre 2005

Articles L. 1111-7, L.1110-4 et R.1111-7 du Code de la Santé Publique, tels que modifiés par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Informatique, fichiers et libertés

*Vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données que nous pourrions être amenés à recueillir, conformément à l'article 27 de la Loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Pour exercer ce droit, vous pouvez contacter l'Hôpital Privé Gériatrique Les Sources - Direction - Relations avec les Usagers.*

Réservé à l'établissement