

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT

Cher patient,

En vertu de l'article 16 de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, vous disposez d'un droit d'accès au dossier patient et à l'ensemble des informations relatives à votre santé détenues par l'HIS. En outre, vous avez le droit d'obtenir une copie de l'intégralité ou d'éléments de votre dossier patient et de vous faire expliquer son contenu. Vous avez également la possibilité de demander la transmission de votre dossier patient ou de certains éléments de celui-ci au prestataire de santé de votre choix.

Lorsque vous désirez exercer vos droits précités, nous vous demandons de compléter le présent formulaire et de nous le retourner en joignant les pièces justificatives demandées.

À moins que votre état de santé requière un accès plus urgent, nous donnerons suite à votre demande dans un délai de 15 jours ouvrables à compter de la réception de votre demande.

Patient

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro d'identification national : _____

Demandeur

- Patient¹
- Personne de confiance² _____
- Représentant légal³ _____
- Mandataire⁴ _____
- Ayant droit pour un patient décédé⁵ _____

¹ Copie de la carte d'identité

² Copie de la carte d'identité du patient et de la personne de confiance ainsi que l'écrit daté et signé par le patient désignant la personne de confiance

³ Copie de la carte d'identité du patient et du représentant légal ainsi qu'une copie de la décision de justice relative à la protection juridique du patient

⁴ Copie de la carte d'identité du mandant et du mandataire ainsi que le mandat pour l'exercice des droits du patient

⁵ Copie d'une pièce d'identité du demandeur et copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance avec filiation datant de moins de 3 mois

Objet de la demande

- Accès au dossier patient
- Demande d'explications concernant le contenu du dossier patient
- Obtention d'une copie de l'intégralité du dossier patient

- Obtention d'une copie des éléments suivants du dossier patient :

- Transmission d'une copie de l'intégralité du dossier patient à un autre prestataire de santé :

- Transmission d'une copie des éléments suivants du dossier patient à un autre prestataire de santé :

Réception du dossier

- Via envoi recommandé à l'adresse _____
- Je récupère mon dossier en main propres

Date

Signature