

# Pour obtenir l'accès à votre dossier médical.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et son décret d'application n°637 du 29 avril 2002 vous donnent la possibilité d'accéder directement à votre dossier médical **après la fin de votre hospitalisation.**

Seules les informations formalisées vous concernant directement vous sont communicables.

Vous avez la possibilité de consulter votre dossier médical dans l'établissement, sur rendez vous, en vous faisant éventuellement accompagner d'une personne de votre choix.

Nous vous recommandons fortement de venir consulter le dossier en présence du médecin de l'établissement qui a eu la responsabilité du séjour, qui vous expliquera le contenu de votre dossier et répondra à vos questions (*vous pouvez refuser cet accompagnement, mais il vous est proposé dans votre intérêt, afin de faciliter votre compréhension des informations. Nous vous conseillons donc vivement de l'accepter.*)

Pour pouvoir instruire votre demande, nous allons :

- En vérifier la validité,
- Nous assurer de votre identité pour respecter le secret médical et le cas échéant, vérifier votre lien de parenté avec la personne dont vous demandez le dossier,
- Ressortir le dossier des archives.

## **COMMENT PROCEDER ?**

Vous devez **impérativement envoyer une demande écrite** par voie postale, ou la déposer à la Direction contre reçu ; ni les demandes orales, ni les télécopies ni les courriers électroniques ne seront traités.

Un formulaire (imprimé de demande d'accès au dossier médical) est à votre disposition et vous sera transmis systématiquement pour recueillir toutes les informations nécessaires au traitement de votre demande.

Afin de nous assurer de votre identité vous devez joindre :

- Dans tous les cas, une photocopie de votre document d'identité en règle (carte d'identité, passeport, carte de séjour,...)

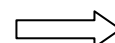
Si vous demandez le dossier d'un mineur émancipé :

- Vous devez prouver que vous détenez l'autorité parentale lors de la demande (une photocopie du livret de famille par exemple). Sachez aussi que, si le mineur a demandé expressément que son dossier ne soit pas communiqué, nous ne pourrions pas vous le transmettre.

Si vous demandez le dossier d'un patient décédé :

- Vous devez préciser et prouver votre lien de parenté ou votre qualité d'ayant droit, et indiquer le motif de votre demande.  
Sachez que l'établissement est en droit de vous refuser la communication de ce dossier et vous indiquera alors le motif de ce refus (notamment si le patient lui-même avait interdit la communication du dossier). Vous pouvez cependant toujours obtenir un certificat médical.

Vous êtes ...	En plus de votre document d'identité, vous devez fournir les photocopies des documents suivants :
Le conjoint du patient	<ul style="list-style-type: none"><li>• Livret de famille</li></ul>
Descendant du patient	<ul style="list-style-type: none"><li>• Extrait d'acte de naissance avec mention de filiation ou livret de famille.</li></ul>
Ascendant et autre légataire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acte de notoriété établi par le notaire ou certificat d'hérédité délivré par le Maire.</li></ul>



Si vous souhaitez que le dossier médical soit transmis à un médecin :

- C'est à vous d'en faire la demande et non au médecin, car il faut votre accord écrit. Nous vérifierons qu'il est bien inscrit au conseil de l'ordre des Médecins.

Vérifiez bien que votre demande est complète (courrier, photocopies, pour les envois chèque de règlement des frais).

Le tout doit être adressé par voie postale à l'adresse suivante :

**Clinique Phénicia**  
Monsieur le Directeur  
32, rue de Locarno  
13005 Marseille

#### **LE DOSSIER MIS A VOTRE DISPOSITION**

**Vous pouvez venir consulter gratuitement le dossier à la Clinique Phénicia, sur rendez vous.**

En tout état de cause, nous vous conseillons de vous faire assister d'un médecin pour la bonne compréhension du dossier. Le médecin qui vous a pris en charge est à votre disposition pour répondre à vos questions.

**L'original du dossier ne peut quitter l'établissement.**

Si vous souhaitez la délivrance de photocopies, voire leur envoi par la poste, vous devrez vous acquitter d'un montant correspondant aux frais de reproduction et d'envoi par recommandé avec accusé de réception. Un devis vous sera envoyé que vous nous retournerez signé et accompagné du règlement.

**Tous les éléments du dossier ne sont pas communicables.**

Seules les informations formalisées vous concernant directement, à l'exclusion d'un tiers, peuvent vous être transmises (*art.R710-2-2. Du décret 2002-637*).

#### **LES DELAIS :**

Comme le précise la loi, un délai minimum de réflexion de 48 heures après réception de votre demande est à respecter avant de vous donner accès à votre dossier.

#### **LE SERVICE DES ARCHIVES N'EST PAS OUVERT AU PUBLIC.**

Il est donc inutile de vous y présenter directement.

Votre dossier sera disponible après ces 48 heures, sur rendez vous auprès de notre secrétariat au :

**04 91 92 12 92**

Si vous souhaitez plus d'informations, vous pouvez vous adresser à la Direction au :

**04 91 92 12 91**

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Type et N° de la pièce d'identité (C.N.I.) : \_\_\_\_\_

*(Joindre une copie de la pièce d'identité)*

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## 2 - QUALIFICATION

**Cas N° 1** : Vous êtes le patient lui-même   
(Ou le tuteur ou le titulaire de l'autorité parentale si le patient est mineur)

**Cas N°2** : vous êtes ayant droit du patient

Si oui, veuillez préciser votre lien de parenté : \_\_\_\_\_

## 3 - DOSSIER DU PATIENT

NOM du patient (si différent du demandeur) : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille (si différent du demandeur) : \_\_\_\_\_

Prénom du patient (si différent du demandeur) : \_\_\_\_\_

Date du séjour : du /\_\_ /\_\_ /\_\_ / au / \_\_ /\_\_ /\_\_ /

**Motif de la demande de consultation (à cocher obligatoirement si le demandeur n'est pas le patient, article R1111-7 CSP) :**

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

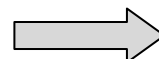
Faire valoir vos droits

Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Merci de retourner cet imprimé dûment complété et signé à l'adresse suivante :

CLINIQUE PHENICIA – Secrétariat de Direction – 32 rue de Locarno – 13005 Marseille.

## 4 - MODE DE CONSULTATION



Pour la bonne compréhension des informations contenues dans votre dossier médical, la présence d'un médecin vous est vivement recommandée. Par ailleurs, nous vous informons que le médecin qui à été en charge de votre hospitalisation sera à votre disposition pour vous fournir toutes les informations que vous souhaitez détenir concernant votre séjour (*dispositif d'accompagnement médical (art. R1111.2 CSP)*).

**Cas n°1** : Je souhaite consulter sur place à la Clinique Phénicia mon dossier médical et recevoir par le médecin responsable toutes les informations utiles \_\_\_\_\_

**Cas n°2** : Je souhaite qu'une copie de mon dossier médical me soit remise à la Clinique Phénicia (les frais de copie sont à ma charge ; soit 15 € pour 1 dossier de 50 pages) \_\_\_\_\_

**Cas n°3** : Je souhaite qu'une copie de mon dossier médical me soit envoyée à mes frais (les frais de copie; soit 15 € et d'envoi en recommandé 4.50 € sont à ma charge) \_\_\_\_\_

**Cas n°4** : Je souhaite qu'une copie de mon dossier médical soit envoyée à mes frais à mon médecin traitant (les frais de copie; soit 15 € et d'envoi en recommandé 4.50 € sont à ma charge) \_\_\_\_\_

Docteur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

## 5 – SIGNATURE ET ACCEPTATION

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ auteur de la présente demande atteste avoir été informé(e) des différents modes d'accès au dossier médical et de l'existence d'un dispositif d'accompagnement médical.

J'atteste avoir qualité pour consulter le dossier médical demandé en application de l'article 1<sup>er</sup> du décret du 29 avril 2002 (patient lui-même, titulaire de l'autorité parentale, tuteur ou ayant –droits dans certains cas).

Fait le : / \_\_ // \_\_ // \_\_\_\_ / à \_\_\_\_\_

Signature :

*Merci de retourner cet imprimé dûment complété et signé à l'adresse suivante :*

**CLINIQUE PHENICIA – Secrétariat de Direction – 32 rue de Locarno – 13005 Marseille**

Mandat
--------

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Donne mandat à mon conseil, Maitre \_\_\_\_\_

Pour effectuer toutes les démarches relatives à la demande et à la réception de la copie de mes dossiers médicaux auprès de la Clinique Phénicia, concernant les hospitalisations suivantes :

- Du ...../...../..... au ...../...../..... .
- Du ...../...../..... au ...../...../..... .
- Du ...../...../..... au ...../...../..... .
- Du ...../...../..... au ...../...../..... .

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20

Signature :