



**TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE**

Dès réception de votre demande, nous prenons contact avec vous pour vous informer des tarifs liés à votre demande et des délais de transmission (8 jours pour les moins de 5 ans et jusqu'à 2 mois pour les plus de 5 ans)

**Chaque dossier avant de vous être communiqué doit être vérifié par les différents intervenants (médecin(s), anesthésiste, surveillante des soins).**

Nous vous contactons lorsque la copie de votre dossier est prête, ne vous déplacer pas avant.

**Date de la demande :**

**PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE DE DOSSIER**

Civilité : Mme  Mr

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Cas particulier : Patient décédé le :

*(Seul les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande, compléter la case ayant droit)*

**DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUEE PAR**

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Lien de parenté :

Tél Domicile :

Tél Portable :

QUALITE DU DEMANDEUR

PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE

Le patient concerné

- la copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire)

Un tiers agissant en qualité de

Personne mandatée par le patient lui-même

- la copie d'une pièce d'identité du patient concerné par la demande  
- la copie d'une pièce d'identité du demandeur  
- tout document permettant de justifier du mandat

Ayant-droit

Motif de la demande :

- Pour honorer la mémoire du défunt  
 Pour connaître les causes de la mort  
 Pour faire valoir les droits du défunt

- la copie d'une pièce d'identité du demandeur  
- la copie du livret de famille ou de l'acte de naissance  
- une copie de l'acte de décès

Tuteur

- la copie d'une pièce d'identité du patient concerné  
- la copie d'une pièce d'identité du demandeur  
- la copie du jugement de tutelle

Représentant légal du mineur

- la copie d'une pièce d'identité du patient concerné  
- la copie d'une pièce d'identité du demandeur  
- la copie du livret de famille ou de l'acte de naissance

**PERIODES ET SERVICES**

Date d'entrée	Date de sortie	Médecin référent/Service

**PIECES DEMANDEES**

intégralité du dossier médical

Si vous ne souhaitez pas obtenir l'intégralité de votre dossier médical, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu opératoire
- Résultat d'examens (biologie, biopsie.....)
- Dossier anesthésique

**MOTIF DE LA DEMANDE**

--

**FACTURATION DES COPIES DU DOSSIER MEDICAL**

Si le dossier médical date de moins de 2 ans, **le forfait est de 15 euros** – Le délai de transmission est de 8 jours

Si le dossier date de plus de 2 ans, **le forfait est de 30 euros** – Le délai de transmission varie de 2 semaines à 2 mois

Les frais d'envoi de votre dossier par lettre recommandée avec accusé de réception sont à votre charge (tarif selon le poids)

**MODE DE COMMUNICATION**

Envoi de la copie à votre domicile (par lettre recommandée avec accusé réception - **frais d'envoi à votre charge**)

Remise du dossier en main propre

Possibilité de consultation sur place (sur rendez-vous uniquement). Les frais d'acheminement pour les dossiers en archive externe seront facturés (25 € - coût du transporteur) et les éventuelles photocopies que vous souhaiteriez (0,15cts/copie).

**VOTRE CONTACT**

Madame Sophie GUIBERT

Assistante de Direction

Tél : 01 30 69 45 02 - Email : [direction.hpop@ramsaygds.fr](mailto:direction.hpop@ramsaygds.fr)

**A retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires à :**

Monsieur Julien AGUILAR, Directeur Général

Hôpital Privé de l'Ouest Parisien, 14 Rue Castiglione Del Lago 78190 TRAPPES