

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical : merci de bien vouloir compléter ce formulaire, et le retourner par courrier ou par mail.

I. Identité du demandeur

Nom :

Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

.....

BP : Code postal :

Tel fixe : Portable :

Adresse mail :

Agissant en qualité d'ayant droit pour le patient décédé :

Nom :

Prénom : Date de naissance :

Date d'hospitalisation :

* Les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la **nature des droits** que vous souhaitez faire valoir.

- Conjoint
- Concubin
- PACS
- Frère / Sœur
- Père / Mère
- Enfant
- Autre parent

Votre demande doit être motivée en application de l'article 8 et 9 de la Délibération n°12/CP du 3 mai 2005 :

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt, à préciser **OBLIGATOIREMENT*** :

- Faire valoir vos droits, à préciser **OBLIGATOIREMENT*** :

Fournir les copies :

- Du certificat de décès,
- D'une pièce d'identité du demandeur,
- De la preuve de la qualité d'ayant droit (copie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient concerné, acte de naissance ou contrat particulier : certificat de concubinage, attestation de PACS)
- Acte de notoriété, certificat d'hérédité,

NB : sauf volonté contraire du défunt (article L. 1110-4 al.7 du code de la Santé Publique).

II. Modalité de transmission des informations

OBLIGATOIRE

- Remise des copies en mains propres sur place.

Vous serez contacté par le secrétariat par mail ou par téléphone pour connaître la date et l'heure de remise des copies.

- Envoi de copie :

- à l'adresse du demandeur en recommandé avec accusé de réception
 à l'adresse du médecin ci-dessous désigné en recommandé avec accusé de réception

Nom : Prénom :

Adresse complète :

Tel :

- Consultation sur place.

Tarif forfaitaire fixé à 2 000 XFP-HT (copie des documents + frais d'envoi)

Ce formulaire ainsi que les photocopies des pièces d'état civil doivent être transmis à :

Monsieur le Directeur de la Clinique Kuindo Magnin
05 Rue du Contre-Amiral Josph du Bouzet – Nouville
BP 376 – 98845 Nouméa Cédex
Mail : secretariat@cliniques.nc

Fait à, le

Signature du demandeur :

Traitement de vos informations



La Clinique collecte et traite sous sa responsabilité les informations qui vous sont demandées, pour la bonne gestion des demandes d'accès aux dossiers médicaux. Ce traitement est fondé sur une obligation légale, en application de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique applicable en NC, et de la Délibération n°12/CP du 3 mai 2005. Toutes les informations demandées sont obligatoires : à défaut, la Clinique ne pourra pas examiner votre demande. Ces informations sont à destination exclusive des personnels administratifs et de santé en charge de ce type de demande, et suivant l'ancienneté de votre dossier, de notre prestataire en charge de l'archivage. Elles peuvent aussi être accessibles aux sous-traitants qui interviennent sur le système d'information de la Clinique, dans des conditions garantissant leur protection. Vos informations pourront être conservées jusqu'à 5 ans après la clôture de votre demande.

Pour exercer vos droits : dpo@cliniques.nc.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos informations et vos droits : consulter la notice affichée dans le hall principal de la Clinique, ou celle plus complète publiée sur notre site internet, rubrique « Admission »