

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical : merci de bien vouloir compléter ce formulaire et le retourner à l'adresse Clinique KUINDO-MAGNIN - BP 376 - 98845 NOUMEA ou [secretariat@cliniques.nc](mailto:secretariat@cliniques.nc)

**I. Identité du demandeur :**

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse complète : .....

BP : ..... Code postal : .....

Tél fixe : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

**Agissant en qualité de représentant légal ou tuteur pour le patient :**

Nom : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Date d'hospitalisation : .....

**Vous êtes :**

- Représentant légal** : fournir les copies : - D'une pièce d'identité du demandeur et du mineur ;  
- Du livret de famille ou de l'acte de naissance ;  
- En cas de divorce : fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales statuant sur l'autorité parentale.
- Tuteur** : fournir les copies : - D'une pièce d'identité du demandeur et du majeur protégé ;  
- De l'ordonnance du juge des tutelles vous désignant comme tel.

**II. Dossier médical demandé :**

Cochez le(s) site(s) si connu(s) :

- Clinique Kuindo-Magnin (Nouvelle)       Clinique Magnin (Vallée des Colons)  
 Clinique Baies des Citrons       Polyclinique de l'Anse Vata

Date du (des) séjour(s) d'hospitalisation :

Service : ..... du ..... au .....

Service : ..... du ..... au .....

Service : ..... du ..... au .....

Motif de la demande (facultatif) : .....

### III. Mode de transmission :

- Remise des copies en mains propres à la Clinique**
- Consultation sur place sur rendez-vous**  
(possibilité de vous faire accompagner par une tierce personne ou un médecin)
- Envoi de copie par voie postale en recommandé avec accusé de réception**  
(à mon adresse indiquée au chapitre I. Identité du demandeur)

### IV. Délais de réponse :

Les éléments demandés concernent un séjour hospitalier datant de moins de 2 ans : la Clinique dispose d'un délai de 15 jours au maximum pour remettre les documents au demandeur, à compter de la date de réception de l'ensemble des pièces requises.

Pour les éléments datant de plus de 2 ans : le délai peut s'étendre jusqu'à deux mois au maximum.

### V. Facturation :

En Nouvelle-Calédonie : la reproduction, la remise et/ou l'envoi du dossier médical sera facturé au demandeur selon un tarif forfaitaire de 2.000 XPF.

En dehors de la Nouvelle-Calédonie : la reproduction et l'envoi de copies de tout ou partie du dossier médical sera facturé au demandeur selon un tarif forfaitaire de 2.000 XPF auquel s'ajoute les frais d'envoi postaux.

***J'ai bien noté que les frais et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé des documents sollicités sont à ma charge.***

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](mailto: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 »