

Demande à adresser complétée et accompagnée des justificatifs à :

Centre Hospitalier Emile DURKHEIM
 Département d'Information Médicale
 13 Rue Eugène Luthérier
 88 191 GOLBEY
 (Tél : 03 29 68 75 09 - Mail : dim@ch-ed.fr)

1. Merci de nous fournir les documents suivants

<p><input type="checkbox"/> Dans tous les cas : Photocopie d'une pièce d'identité du demandeur (recto verso)</p> <p>Selon les cas :</p> <p><input type="checkbox"/> Pour les tuteurs ou curateurs : photocopie de l'extrait de jugement des tutelles</p>	<p><input type="checkbox"/> Pour le détenteur de l'autorité parentale : photocopie du livret de famille ou toute autre pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> Pour les ayants droits : justificatif de la qualité d'ayant droit (livret de famille, autre preuve de filiation, acte notarié, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
--	--

2. Merci de compléter les rubriques ci-dessous

DEMANDEUR	
Nom de naissance :	Nom utilisé :
Prénom :	
Date de naissance :	Téléphone (indispensable) :
Adresse postale :	
Adresse mail :	

ETAT CIVIL DU PATIENT CONCERNE (Si le demandeur n'est pas le patient)	
Nom de naissance :	Nom utilisé :
Prénom :	Date de naissance :
Motif de la demande (uniquement pour les ayants droits d'un patient décédé)	
<input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Faire valoir ses propres droits	
Précisez le motif de votre demande :	
.....	

DOCUMENTS DEMANDES
Séjour, service ou prise en charge concernée :
<input type="checkbox"/> Les pièces essentielles du dossier médical (Courriers, comptes-rendus opératoires, comptes-rendus des examens complémentaires principaux)
<input type="checkbox"/> Imagerie (radio, scanner, IRM) : <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Compte-rendu
<input type="checkbox"/> Autres documents, à préciser :

MODALITES D'ACCES
<p>Consultation du dossier sur place (avec remise éventuelle de copies) : (vous serez contacté par le Centre Hospitalier afin de fixer un rendez-vous)</p> <p> <input type="checkbox"/> Avec accompagnement du médecin hospitalier <input type="checkbox"/> Avec accompagnement par une personne de votre choix <input type="checkbox"/> Sans accompagnement </p>
<p>Ou</p> <p>Mise à disposition de copies :</p> <p> <input type="checkbox"/> Retrait sur place au Centre Hospitalier <input type="checkbox"/> Envoi par la poste au demandeur, en recommandé avec accusé de réception <input type="checkbox"/> Envoi par la poste au Docteur (Nom, prénom et adresse complète) : <input type="checkbox"/> Envoi par messagerie sécurisée (sauf CD) </p>

Fait à le.....
 Signature :