

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**

☐ **Dans tous les cas :** Photocopie d'une pièce d'identité du demandeur (recto verso)

**Selon les cas :**

☐ Pour les tuteurs ou curateurs : photocopie de l'extrait de jugement des tutelles

☐ Pour le détenteur de l'autorité parentale : photocopie du livret de famille ou toute autre pièce justificative

☐ Pour les ayants droits : justificatif de la qualité d'ayant droit (livret de famille, autre preuve de filiation, acte notarié, ...)

☐ Autre : .....

**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**)

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir ses propres droits

Précisez le motif de votre demande : .....

**DOCUMENTS DEMANDES**

Séjour, service ou prise en charge concernée :

☐ Les pièces essentielles du dossier médical (Courriers, comptes-rendus opératoires, comptes-rendus des examens complémentaires principaux)

☐ Imagerie (radio, scanner, IRM) : .....

☐ CD

☐ Compte-rendu

☐ Autres documents, à préciser : .....

**MODALITES D'ACCES**

**Consultation du dossier sur place (avec remise éventuelle de copies) :**

(vous serez contacté par le Centre Hospitalier afin de fixer un rendez-vous)

☐ Avec accompagnement du médecin hospitalier

☐ Avec accompagnement par une personne de votre choix

☐ Sans accompagnement

Ou

**Mise à disposition de copies :**

☐ Retrait sur place au Centre Hospitalier

☐ Envoi par la poste au demandeur, en recommandé avec accusé de réception

☐ Envoi par la poste au Docteur (Nom, prénom et adresse complète) :

☐ Envoi par messagerie sécurisée (sauf CD)

Fait à ..... le.....

Signature :