

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT

Demande à adresser complétée et accompagnée des justificatifs à :

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

1. Merci de nous fournir les documents suivants

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

- Connaitre les causes du décès Défendre la mémoire du défunt Faire valoir ses propres droits
Précisez le motif de votre demande :
.....

DOCUMENTS DEMANDÉS

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 :

MODALITÉS D'ACCÈS

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 :