



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES
CONTENUES DANS LE DOSSIER PATIENT**

Identité du demandeur

Je soussigné(e) Mme M.

Nom de naissance Prénom

Nom d'usage né(e) le à

Domicilié(e).....

Numéro de la carte d'identité ou du passeport :

Agissant en tant que : Patient(e)

Représentant légal (*tuteur selon la loi du 3 janvier 1968 ou personne ayant l'autorité parentale sauf si opposition du mineur*) de : (nom-prénom).....

Ayant-droit (*uniquement en cas de patient décédé et sauf si volonté contraire du patient de son vivant*) de : (nom-prénom).....

MOTIF UNIQUEMENT EN CAS DE PATIENT DECEDE :

Connaître les causes du décès

Faire-valoir mes droits (*en cas de demande CCI ou formulée par un assureur ou une banque : joindre systématiquement tout justificatif*)

Défendre la mémoire du défunt (*indiquer systématiquement ci-dessous et/ou sur papier libre, les raisons qui vous amènent à faire cette demande*) :

.....

.....

.....

Demande la communication des documents suivants :

Dossier complet (séjours d'hospitalisation + suivis d'hospitalisation de jour + suivis en consultation)

Période(s) des séjours d'hospitalisation :

Période(s) des suivis d'hospitalisation de jour :

Période(s) des suivis en consultation :

Autre document (*à préciser*) :

Transmission selon la ou les modalité(s) suivante(s) :

Je choisis la consultation sur place avec sans commentaire des informations par un médecin

Si vous ne souhaitez pas être assisté d'un médecin, la consultation sur place se fera en présence d'un personnel administratif

Il pourra vous être conseillé d'être accompagné d'une tierce personne

Si vous souhaitez la communication de votre dossier pour un séjour en hospitalisation SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'Etat (L3213-1 à L3213-6) ou SDDE : Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement, un accompagnement médical peut vous être proposé.

Je viendrai récupérer mon dossier au secrétariat de la Direction Générale du CHS de Sevreay

Je demande l'envoi postal à mon domicile

Je demande l'envoi postal au Médecin désigné : (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques).....

.....

Pour toute demande, joindre au présent formulaire **une photocopie de la pièce d'identité** du demandeur (carte d'identité ou passeport)
Pour toute demande formulée par un représentant légal, joindre en plus **une copie du livret de famille** ou le cas échéant **une copie de l'ordonnance rendue par le juge des tutelles**
Pour toute demande formulée par un ayant-droit, joindre en plus **une copie de l'acte de décès du patient et toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant-droit** (copie du livret de famille, et/ou copie de la déclaration de succession, et/ou copie de l'acte de donation effectuée à votre profit, et/ou copie du contrat d'assurance vie vous désignant comme bénéficiaire)

- **Les photocopies sont à la charge du demandeur au tarif unitaire en vigueur (0,04 €)**
- **Cet envoi ne peut se faire que :**
 - **en recommandé avec accusé de réception,**
 - **à vos frais et à réception du chèque libellé à l'ordre du trésor public selon le tarif en vigueur**

Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception : tarif de la poste

Le coût global de traitement vous sera communiqué pour règlement préalable à l'envoi des documents

- **La consultation sur place sans remise du dossier est gratuite**
- **A défaut d'avoir rempli ce formulaire, le dossier est tenu à votre disposition et consultable au CHS.**
(Contacter le secrétariat de la direction)

Conseils et mise en garde

Il vous est recommandé d'être particulièrement vigilant quant à la divulgation et la conservation de ces documents dont les **informations strictement confidentielles** pourraient être utilisées à vos dépens, par un tiers.

Le présent document est à retourner après signature à l'adresse ci-dessous :

Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey

M. le Directeur

55 RUE AUGUSTE CHAMPION

71331 CHALON-SUR-SAONE Cedex

Ou par courriel :

chs@ch-sevrey.fr

Date :

Signature du demandeur