



Demande de vérification des accès au dossier médical

Date d'application :
01/06/2024
Date d'expiration :
01/06/2027

*** = information obligatoire** - Toute demande incomplète sera rejetée sans suite.

Concerne le dossier médical de :

Nom* : Prénom* :

Né(e) le* :

Adresse complète* (pour l'envoi des résultats) :

Hospitalisé(e) au CHU d'Orléans le :

Je soussigné(e)*

Agissant* :

☐ Pour mon compte

☐ En lieu et place de En qualité de :

Demande, conformément aux dispositions du décret 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des données médicales conservées sur support informatique, **que les accès illégitimes à mon dossier médical du CHU d'Orléans soient vérifiés**, pour faire valoir ce que de droit.

Motif de la demande *

Date de la demande* :

Signature* :

Fait en trois exemplaires : 1 pour le patient, 1 pour le service de soin et 1 pour le DIM.
A retourner : au DIM (departement.info-medicale@chu-orleans.fr) et au Bureau confidentialité.