

# DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR UN AYANT DROIT

Application de la loi n°2002.303 du 4 mars 2002, du décret n°2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique et de l'arrêté du 5 mars 2004 relatif à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

## IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM :	ADRESSE POSTALE :		
PRENOM :	CODE POSTAL :	VILLE :	
DATE DE NAISSANCE :	TELEPHONE :	EMAIL :	

## IDENTITE DU PATIENT DECEDE

NOM :	DATE DE NAISSANCE :
NOM DE JEUNE FILLE :	DATE DU DECES :
PRENOM :	

## MOTIF DE LA DEMANDE (ne cocher qu'un seul motif)

- CONNAITRE LES CAUSES DU DECES
- Ou DEFENDRE LA MEMOIRE DU DEFUNT (à préciser : .....)
- Ou FAIRE VALOIR MES DROITS (à préciser : .....)

**Ne seront communiquées que les pièces strictement nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi**

## SERVICES DU CHR CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation des services	Dates des consultations ou hospitalisations

## MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER \*

### RETRAIT à la Direction des Usagers :

- Par vous-même (se munir d'une pièce d'identité)
- Par une tierce personne (se munir de votre pièce d'identité, de celle du demandeur et d'une procuration)
- Consultation sur place organisée par la direction en lien avec le service concerné.

*Afin de garantir la confidentialité des informations qui vous seront transmises, aucune information médicale ne sera transmise par courriel ou par fax*

### ENVOI des reproductions :

- A VOUS-MEME  
----- OU -----
- AU MEDECIN DE VOTRE CHOIX :
  - Nom du médecin :
  - Adresse postale du médecin :

\* cocher la ou les case(s) correspondante(s)

Les frais d'expédition (en recommandé avec accusé réception) seront à votre charge

**Le dossier vous sera remis après paiement préalable des frais d'envoi s'il y a lieu, qui vous seront communiqués ultérieurement**

## PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

**COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DU PATIENT ET DU DEMANDEUR (RECTO/VERSO) en cours de validité**  
**COPIE DE TOUT DOCUMENT ATTESTANT LA QUALITE D'AYANT DROIT (LIVRET DE FAMILLE, ACTE NOTARIE...)**  
**COPIE DU CERTIFICAT DE DECES**

Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans mon dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

Je consens à régler les frais inhérents à ma demande.

Date de la demande :

Signature :

A adresser par le demandeur soit par courriel soit à l'adresse postale :

Email : [acces.dossier-medical@chu-orleans.fr](mailto:acces.dossier-medical@chu-orleans.fr) ou

CHU d'Orléans - Direction des Usagers - Bâtiment « Direction » - 14 avenue de l'Hôpital - CS 86709 - 45067 ORLEANS CEDEX 2