



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR UN MANDATAIRE

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 :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE POSTALE :
CODE POSTAL : VILLE :
TELEPHONE :
EMAIL :

IDENTITE DU PATIENT

NOM :
PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SERVICES DU CHR CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation des services

Dates des consultations ou hospitalisations

DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES

- ☐ COMPTES RENDUS DE CONSULTATION
☐ COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION
☐ COMPTES RENDUS OPERATOIRES
☐ EXAMENS DE BIOLOGIE

- ☐ CLICHES D'IMAGERIE :
☐ TOUS
☐ SEULEMENT CERTAINS :

- ☐ DOSSIER INFIRMIER
☐ DOSSIER D'ANESTHESIE
☐ DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE
☐ CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

AUTRES PIECES :

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 patient 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 ou DE LA CARTE PROFESSIONNELLE DU MANDATAIRE
COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DU PATIENT RECTO/VERSO en cours de validité
COPIE DU MANDAT SPECIAL

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 ou

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