

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 :
NOM DE JEUNE FILLE :	
PRENOM :	CODE POSTAL :
DATE DE NAISSANCE :	VILLE :
	EMAIL :

SERVICES DU CHU CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation des services de consultation ou d'hospitalisation	Dates des consultations ou hospitalisations

DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES *

<input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS DE CONSULTATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS OPERATOIRES <input type="checkbox"/> EXAMENS DE BIOLOGIE <input type="checkbox"/> CLICHES D'IMAGERIE : <input type="checkbox"/> TOUS <input type="checkbox"/> SEULEMENT CERTAINS :	<input type="checkbox"/> DOSSIER INFIRMIER <input type="checkbox"/> DOSSIER D'ANESTHESIE <input type="checkbox"/> DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE <input type="checkbox"/> CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE AUTRES PIECES :
--	---

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER *

<p><u>RETRAIT à la Direction des Usagers :</u></p> <input type="checkbox"/> Par vous-même (se munir d'une pièce d'identité) <input type="checkbox"/> Par une tierce personne (se munir de votre pièce d'identité, de celle du patient et d'une procuration) <input type="checkbox"/> Consultation sur place organisée par la direction en lien avec le service concerné. <i>Afin de garantir la confidentialité des informations qui vous seront transmises, aucune information médicale ne sera transmise par courriel ou par fax</i>	<p><u>ENVOI des reproductions :</u></p> <input type="checkbox"/> A VOUS-MEME ----- ou ----- <input type="checkbox"/> 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

PIECE JUSTIFICATIVE A FOURNIR

COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE RECTO/VERSO en cours de validité

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