



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT

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 L112-1 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 : NOM DE JEUNE FILLE : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :	ADRESSE POSTALE : CODE POSTAL : VILLE : TELEPHONE :
--	--

SERVICES DU CHR CONCERNES PAR LA DEMANDE

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

DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES * *

<input type="checkbox"/> DOSSIER MEDICAL COMPLET (ensemble des pièces listées ci-dessous) ----- Ou uniquement : ----- <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS DE CONSULTATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS OPERATOIRES <input type="checkbox"/> DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE <input type="checkbox"/> CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE <input type="checkbox"/> DOSSIER D'ANESTHESIE <input type="checkbox"/> EXAMENS DE BIOLOGIE	<input type="checkbox"/> DOSSIER INFIRMIER (Transmissions, surveillances et soins paramédicaux lors d'hospitalisation) <input type="checkbox"/> CLICHES D'IMAGERIE : <input type="checkbox"/> TOUS <input type="checkbox"/> SEULEMENT CERTAINS : <input type="checkbox"/> AUTRES PIECES :
--	---

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER * *

<p style="text-align: center;"><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. <p style="font-size: small;"><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>	<p style="text-align: center;"><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 : <p style="font-size: small;">Les frais d'expédition en recommandé avec accusé réception seront à votre charge <u>Le dossier vous sera remis contre paiement des frais de reproduction et d'envoi s'il y a lieu.</u></p>
--	---

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

LES FRAIS DE REPRODUCTION DU DOSSIER SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR

Prix unitaire de la reproduction d'une photocopie A4	0,18 €
Prix unitaire de la reproduction d'une photocopie A3	0,36 €
Prix unitaire de la reproduction d'un CD-Rom	2,75 €

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 :

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

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