

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 : _____ PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ TELEPHONE : _____
 ADRESSE : _____
 CODE POSTAL : _____ VILLE : _____
 EN QUALITE DE : Conjoint Enfant Frère/Sœur Père/Mère Autre : _____

IDENTITE DU PATIENT DECEDE

NOM : _____ PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ DATE DU DECES : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

Nous rappelons que seuls les éléments du dossier médical répondant au motif de votre demande vous seront adressés

- Connaitre des causes de la mort
 Défendre la mémoire du défunt (à préciser : _____)
 Faire valoir mes droits (à préciser : _____)

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

- CONSULTATION SUR PLACE VOUS SEREZ ACCOMPAGNE(E) D'UN TIERS : OUI NON
 ENVOI DE REPRODUCTIONS : A VOUS-MEME A VOTRE MEDECIN TRAITANT : _____
 Vous pouvez venir chercher les documents sur place : assurez-vous d'avoir bien noté votre numéro de téléphone, nous vous contacterons dès qu'ils seront disponibles

LES SERVICES CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation du service	Dates des consultations ou hospitalisations

LES FRAIS DE DELIVRANCE SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR

Prix unitaire de la reproduction d'une page de document papier noir et blanc : Format A4	0,18 €	Format A3 :	0.36 €
Prix unitaire de la copie d'une radiologie : Format 24x30cm	1.90 €	Format 36x43cm	3.60 €
Prix unitaire de la reproduction d'un cédérom :	2,75 €		
Les frais d'expéditions (en recommandé avec accusé de réception) seront à votre charge :	6,85 €		

LA FACTURE VOUS SERA TRANSMISE AVEC LES DOCUMENTS DEMANDES

PIECE JUSTIFICATIVE A FOURNIR

COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE
 COPIE DU LIVRET DE FAMILLE
 ACTE NOTARIE (le cas échéant)

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

Fait à
Le

Signature

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

Centre Hospitalier d'Orthez, secrétariat de direction, rue du Moulin B.P 118 – 64301 ORTHEZ Cedex ou secretariat.direction@ch-orthez.fr