

Nous attirons votre attention sur le caractère strictement personnel des informations qui vous seront transmises vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...) et des conséquences éventuelles que la révélation et/ou l'interprétation de certaines informations peuvent entraîner.

Votre demande doit être formulée au moyen de cet imprimé dument **complété, signé, accompagné des justificatifs demandés**. Elle doit être adressée à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Dunkerque  
 130, Avenue Louis Herbeaux  
 CS 76367 – 59385 Dunkerque Cedex 1

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter :  
**Madame Karine WOLOSZYN – Assistante Qualité chargée des Relations avec les Usagers**  
 ☎ 03.28.28.59.45  
 ✉ karine.woloszyn@ch-dunkerque.fr

**IDENTITE DU DEMANDEUR (LE TUTEUR)**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**IDENTITE DU PATIENT (LE MAJEUR SOUS TUTELLE)**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

**DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS**

Eléments ci-dessous listés :

Document(s) souhaité(s) Comptes-rendus, courriers, Radiographies...	Service(s) d'hospitalisation	Date(s) d'hospitalisation(s)	Nom du médecin hospitalier
		Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....	
		Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....	
		Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....	
		Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....	
		Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....	
		Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....	



## MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

- Je souhaite :
- l'envoi postal<sup>(1)</sup> à mon domicile en recommandé avec accusé de réception
  - le retrait sur place\*
  - la consultation du dossier sur place\*, accompagné(e) d'un médecin, avec éventuelle remise de copies
  - l'envoi<sup>(1)</sup> à un médecin intermédiaire que je désigne :

Docteur : Nom/Prénom

.....

Adresse

.....

.....

*\*Le secrétariat médical vous contactera pour convenir d'un rendez-vous. En cas d'empêchement, merci de prendre contact avec le secrétariat pour fixer un autre rendez-vous. A défaut, l'ensemble des documents vous sera envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception (frais à votre charge), dans un délai de 48 h.*

## TARIFICATION DES COUTS DE REPRODUCTION

**Coût de la Photocopie** : 0.18 € l'unité

**Coût d'un CD-Rom** : 2.75€ l'unité (utilisé si possible pour les examens d'imagerie)

<sup>(1)</sup>**Coût de l'envoi postal** : Facturé selon le barème de la poste en vigueur

## JUSTIFICATIF A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE

- Photocopie recto/verso de votre titre d'identité (carte d'identité, passeport, carte de séjour)
- Photocopie de l'ordre de jugement de mise sous tutelle

Par ailleurs, j'atteste avoir pris connaissance de l'Article 1111-7 du Code de la Santé Publique, ci-joint en annexe 1, concernant les dispositions d'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les Etablissements de Santé ainsi que les modalités d'envoi.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : ..... / ..... / .....

Signature du demandeur :