

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EN QUALITE D'AYANT-DROIT DE CONCUBIN / DE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE (PACS)

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 dûment **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
✉ qualite@ch-dunkerque.fr

IDENTITE DU DEMANDEUR (L'AYANT-DROIT, LE CONCUBIN OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS)

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance : / /

Téléphone : / / / /

Adresse :
.....

Code Postal : Ville :

Lien de parenté avec le patient :

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Date de Décès : / / Décédé(e) au CHD : oui non

MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE

Conformément à la réglementation en vigueur, et dans la mesure où vous agissez en qualité d'ayant-droit, votre demande doit être motivée par l'un des objectifs suivants (cochez votre choix) :

- faire valoir vos droits
- connaître les causes du décès
- défendre la mémoire du défunt

Attention, l'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui permettent de répondre à la motivation de votre demande et seuls ces derniers vous seront transmis. Il est donc important de bien préciser ci-dessous votre demande :

.....
.....
.....
.....



DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS

Eléments ci-dessous listés :

Document(s) souhaité(s) <i>Comptes-rendus, courriers, Radiographies...</i>	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⁽¹⁾ 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⁽¹⁾ 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 COÛTS 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)

⁽¹⁾**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)
- Copie du livret de famille du patient
- Copie du livret de famille du demandeur
- Acte de décès
- Certificat d'Hérédité
- Tout document prouvant la qualité de concubin (ex : certificat de concubinage, bail commun...)

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 :