

# DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Centre Hospitalier de la Côte Fleurie  
BP 30009 - 14601 Honfleur Cedex 1 - tel : 02 31 89 89 89

## IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (de jeune fille) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
PRENOMS \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant<sup>(1)</sup>

- suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service : \_\_\_\_\_  
 relative à une hospitalisation dans le service \_\_\_\_\_

### Informations médicales concernant

M<sup>r</sup> / M<sup>me</sup> / M<sup>elle</sup> (2) NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_

PRENOMS \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

- En qualité de<sup>(1)</sup> :  représentant légal (père et mère pour les mineurs, tuteur désigné par le juge)  
 ayant droit (pour une personne décédée)

MOTIF<sup>(1)</sup> (obligatoire)

- connaître la cause du décès   
- défendre la mémoire du défunt   
- faire valoir ses propres droits

## MODALITES

Je souhaite<sup>(1)</sup> :

- Retirer les copies  
 Recevoir les copies à mon domicile  
 Que les copies soient adressées au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

### Consulter le dossier sur place

- seul (e)  
 accompagné(e) d'un tiers  
NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 accompagné(e) d'un médecin  
NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

**Je soussigné (e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisés au verso**

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature

(1) cocher une des cases (2) rayer les mentions inutiles

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement une copie de :
  - Pièce d'identité (recto - verso)
  
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement une copie de :
  - Pièce d'identité (recto - verso)
  - Livret de famille
  - Jugement de divorce attestant de l'autorité parentale le cas échéant
  
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre obligatoirement une copie de :
  - Pièce d'identité (recto - verso)
  - Document attestant de votre qualité de tuteur
  
- Vous demandez le dossier d'un proche décédé, joindre obligatoirement une copie de :
  - Pièce d'identité (recto - verso)
  - Livret de famille
  - Toute pièce justifiant de votre qualité d'ayant-droit

## DELAJ DE COMMUNICATION

|  |         |
|--|---------|
| Si les informations que vous demandez ont été constituées depuis <b>moins de 5 ans</b> : | 8 jours |
| Si les informations que vous demandez ont été constituées depuis <b>plus de 5 ans</b> :  | 2 mois  |
| En cas de saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques :  | 2 mois  |

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (*article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004*), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur, un montant forfaitaire a été défini :

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| Coûts de reproduction | 3 € |
| Coûts d'envoi         | 6 € |

→ Si vous désirez retirer votre dossier sur place, seuls les coûts de reproduction vous seront facturés, dès règlement de ceux-ci, votre dossier vous sera remis.

→ Si vous souhaitez l'envoi de votre dossier à votre domicile ou au médecin de votre choix, vous devrez vous acquitter au préalable des coûts de reproduction et d'envoi. Votre dossier ne pourra être transmis qu'à réception de votre chèque de règlement.

**Vous êtes informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis-à-vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...)**