

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 L111-7 et L 112-1 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 :	ADRESSE POSTALE :
PRENOM :	
Date de naissance :	CODE POSTAL :
Agissant en qualité de : <input type="checkbox"/> Père/mère <input type="checkbox"/> Tuteur	VILLE :
Adresse mail :	Téléphone :

IDENTITE DU MINEUR

NOM :	DATE DE NAISSANCE :
PRENOM :	LIEU DE NAISSANCE :

SERVICES DU CH 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 médical complet (ensemble des pièces listées ci-dessous) Ou uniquement :	<input type="checkbox"/> Clichés d'imagerie <input type="checkbox"/> Tous <input type="checkbox"/> Seulement certains ----- ----- ----- <input type="checkbox"/> Autres pièces : ----- ----- -----
<input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation <input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Comptes rendus opératoires <input type="checkbox"/> Dossier d'observation médicale <input type="checkbox"/> Correspondances entre professionnels de santé <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie <input type="checkbox"/> Examens de biologie <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Pièces administratives <input type="checkbox"/> Dossier infirmier (transmissions, surveillance et soins paramédicaux lors d'hospitalisation)	

Tourner la page 

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

Formulaire à retourner par courrier à l'adresse suivante :
Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse- Direction des Affaires Générales-
900 Route de Paris- 01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex
affgenerales@ch-bourg01.fr Tel : 04 74 45 41 04

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

Retrait au service du DIM	ou	Envoi des reproductions en recommandé
<input type="checkbox"/> Par vous-même		<input type="checkbox"/> A vous-mêmes
<input type="checkbox"/> Par une tierce personne munie de votre carte d'identité, de sa carte d'identité et d'une procuration		<input type="checkbox"/> Au médecin de votre choix :
<input type="checkbox"/> Consultation sur place		Nom prénom du médecin : -----
Afin d'être en conformité avec le RGPD, et afin de garantir la confidentialité des informations qui vous seront transmises aucune information médicale ne sera transmise par fax ou courriel.		Adresse postale du médecin : ----- -----

LES FRAIS DE REPRODUCTION SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR

La consultation sur place est gratuite mais assurée par le médecin responsable de la prise en charge sur rendez-vous.
Afin de bénéficier de la transparence du dossier médical :

Je souhaite que me soit fournie la copie des pages vierges du dossier médical
 Je ne souhaite pas la copie des pages vierges du dossier médical

Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur.

Prix unitaire de la page photocopiée	0,18 €
Prix unitaire de remise des documents sur clefs USB ou CD	7,00€

UNE FACTURE A REGLER PAR CHEQUE A L'ORDRE DU TRESOR PUBLIC VOUS SERA ADRESSEE

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient et du demandeur
Justificatif de domicile/copie intégrale du livret de famille/Jugement de tutelle si c'est le cas /en cas de séparation ou divorce jugement confirmant l'exercice de l'autorité parentale.

DELAJ LEGAL D'ACCES AUX INFORMATIONS DEMANDEES

A compter de la réception de ce formulaire accompagné des justificatifs, le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse dispose :

- D'un délai de 8 jours ouvrés si les éléments du dossier datent de moins de 5 ans
- D'un délai de 2 mois ouvrés si les éléments datent de plus de 5 ans

DATE DE LA DEMANDE

SIGNATURE DU DEMANDEUR

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

Formulaire à retourner par courrier à l'adresse suivante :
Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse- Direction des Affaires Générales-
900 Route de Paris- 01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex
affgenerales@ch-bourg01.fr Tel : 04 74 45 41 04