



MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

Retrait au service du DIM	ou	Envoi des reproductions
<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 :
		-----
		Adresse postale 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.

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 carte d'identité du patient en cours de validité**  
**Copie du mandant spécial (Tutelle, Curatelle, Habilitation familiale, mandataire Ad Hoc)**

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 confidentiel de ces informations et j'accepte de les transmettre 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](mailto:affgenerales@ch-bourg01.fr) Tel : 04 74 45 41 04  
[affgenerales@ch-bourg01.fr](mailto:affgenerales@ch-bourg01.fr) Tel : 04 74 45 41 04