

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 :	VILLE :
Adresse mail :	Téléphone :

IDENTITE DU PATIENT DECEDE

NOM :	DATE DE NAISSANCE :
NOM DE JEUNE FILLE :	LIEU DE NAISSANCE :
PRENOM :	DATE DE DECES :

MOTIF DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès
<input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt Motivation précise et obligatoire de la demande : _____ _____
<input type="checkbox"/> Faire valoir ses droits (droits de l'ayant droit) Motivation précise et obligatoire de la demande : _____ _____
<input type="checkbox"/> Examen génétique nécessaire dans le cadre de la loi bioéthique du 2 Août 2021) Motivation précise et obligatoire de la demande : _____ _____

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

SERVICES DU CH CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation des services de consultation ou d'hospitalisation	Dates des consultations ou hospitalisations

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

<p>Retrait au service du DIM</p> <p><input type="checkbox"/> Par vous-même</p> <p><input type="checkbox"/> Par une tierce personne munie de votre carte d'identité, de sa carte d'identité et d'une procuration</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation sur place</p> <p>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.</p>	<p>OU</p>	<p>Envoi des reproductions en recommandé</p> <p><input type="checkbox"/> A vous-mêmes</p>
--	------------------	--

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 demandeur + justificatif de domicile
Certificat d'hérédité ou acte notarié et en l'absence de notaire à la succession copie intégrale du livret de famille.

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