

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 : ☐ Père/mère ☐ 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

☐ Comptes rendus de consultation ☐ Comptes rendus d'hospitalisation ☐ Comptes rendus opératoires ☐ Dossier d'observation médicale ☐ Correspondances entre professionnels de santé ☐ Dossier d'anesthésie ☐ Examens de biologie ☐ ECG ☐ Pièces administratives ☐ Dossier infirmier (transmissions, surveillance et soins paramédicaux lors d'hospitalisation)	☐ Clichés d'imagerie ☐ Tous ☐ Seulement certains ☐ Autres pièces :
---	---

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

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

Tourner la page

Retrait au service du DIM ☐ Par vous-même ☐ Par une tierce personne munie de votre carte d'identité, de sa carte d'identité et d'une procuration ☐ Consultation sur place 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.	ou	Envoi des reproductions en recommandé ☐ A vous-mêmes ☐ Au médecin de votre choix : Nom prénom du médecin : _____ 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.

La première demande de communication de dossier médical ne fera l'objet d'aucune facturation conformément à la directive européenne du 26 Octobre 2023.

Au-delà de la première demande, les frais seront les suivants :

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.

DELAÏ 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