

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

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  
[affaires.generales@ch-bourg.ght01.fr](mailto:affaires.generales@ch-bourg.ght01.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><b>Retrait au service du DIM</b></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><b>ou</b></p>	<p><b>Envoi des reproductions en recommandé</b></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 :

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  
[affaires.generales@ch-bourg.ght01.fr](mailto:affaires.generales@ch-bourg.ght01.fr) Tel : 04 74 45 41 04