

	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT	DPA_ENR 005
	Formulaire de demande d'accès à un dossier médical	N° Version : 4 Date de révision : 16/01/2019 Page : 1 / 1

**Afin de satisfaire votre demande, merci de bien vouloir compléter ce document et le retourner à :
HÔPITAL DE L'ARBRESLE - Secrétariat de Direction - 206 Chemin du Ravatel - 69210 L'ARBRESLE**

Je soussigné(e)

Demande au Directeur de l'établissement de bien vouloir me communiquer les informations suivantes :

Merci de préciser ci-dessous les éléments souhaités :	Si vous agissez en tant qu'ayant droit d'un défunt :
<input type="checkbox"/> L'ensemble des pièces de mon dossier médical <input type="checkbox"/> La partie de mon dossier correspondant à l'hospitalisation/consultation du ___/___/___ au ___/___/___ dans le service suivant : <input type="checkbox"/> MEDECINE <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> ULSD <input type="checkbox"/> CENTRE PERINATAL <input type="checkbox"/> CONSULTATIONS EXTERNES <input type="checkbox"/> Les pièces particulières suivantes : <input type="checkbox"/> Lettre de sortie ou compte-rendu d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	Nom du défunt : Motif votre demande : <input type="checkbox"/> Faire valoir vos droits <input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt <i>NB : Nous vous communiquerons le(s) seul(s) document(s) répondant au(x) motif(s) invoqué(s).</i>
	Nom de la personne concernée : Votre qualité : <input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale sur mineur <input type="checkbox"/> Tuteur

➔ **Modalités de consultation souhaitées :**

- Consultation sur place sur rendez-vous :
 - En présence du Médecin*
 - Sans présence du Médecin*
- Remise d'une copie des documents en main propre
- Envoi d'une copie des documents à mes frais, à mon domicile en recommandé avec accusé de réception.

Précisez ici, votre adresse :

.....

Fait à :, le : ___/___/___

Signature :

Si consultation sur place, remise du dossier le : ___/___/___ Signature :

Documents à joindre à votre demande :

- **Pour toutes les demandes** : copie recto/verso de votre carte nationale d'identité (ou autre document officiel d'identité)
- **Si ayant-droit d'un défunt** : copie d'un certificat d'hérédité ou du livret de famille et copie de l'acte du décès du défunt
- **Si titulaire de l'autorité parentale** : copie livret famille et en cas de divorce, copie du jugement attestant que vous êtes le détenteur de l'autorité parentale
- **Si tuteur** : copie du jugement de tutelle

Avertissement : Nous vous rappelons le caractère strictement personnel de votre dossier médical. Aussi, nous préférons vous mettre en garde sur les précautions à prendre concernant la transmission de certaines informations vis-à-vis de tiers (famille, entourage, banquier, assureur).

*Original à conserver dans le dossier du patient
1 copie à conserver par le patient*