DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UN MINEUR

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 L1111-7 et 1112-1 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 :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
AGIT EN QUALITE DE : ☐ PERE/MERE (1) ☐ TUTEUR (2)

ADRESSE POSTALE :
CODE POSTAL : VILLE :
TELEPHONE :

IDENTITE DU PATIENT MINEUR

NOM :
PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SERVICES DU CHR CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation des services	Dates des consultations ou hospitalisations

DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES

☐ COMPTES RENDUS DE CONSULTATION
☐ COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION
☐ COMPTES RENDUS OPERATOIRES
☐ EXAMENS DE BIOLOGIE

☐ CLICHES D'IMAGERIE :
- ☐ TOUS
- ☐ SEULEMENT CERTAINS :

☐ DOSSIER INFIRMIER
☐ DOSSIER D'ANESTHESIE
☐ DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE
☐ CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

☐ DOSSIER MEDICAL COMPLET

☐ AUTRES PIECES :

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

☐ RETRAIT A LA DIRECTION DES USAGERS

☐ CONSULTATION SUR PLACE

Afin de garantir la confidentialité des informations qui vous seront transmises, aucune information médicale ne sera transmise par courriel ou par fax

☐ ENVOI DES REPRODUCTIONS :
- ☐ A VOUS-MEME
- ☐ AU MEDECIN DE VOTRE CHOIX :
  - o Nom du médecin :
  - o Adresse postale du médecin :

LES FRAIS DE REPRODUCTION DU DOSSIER SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR

Prix unitaire de la reproduction d'une photocopie A4	0,18 €
Prix unitaire de la reproduction d'une photocopie A3	0,36 €
Prix unitaire de la reproduction d'un CD-Rom	2,75 €

Les frais d'expédition (en recommandé avec accusé réception) seront à votre charge

Le dossier vous sera remis après paiement préalable des frais de reproduction et d'envoi s'il y a lieu, qui vous seront communiqués ultérieurement

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DU PATIENT ET DU DEMANDEUR (RECTO/VERSO)
COPIE DU LIVRET DE FAMILLE (1) OU COPIE DU JUGEMENT DE TUTELLE (2)

Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans mon dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

Date de la demande : Signature :

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante:
CHR d'Orléans - Direction Usagers Qualité et Communication - Bâtiment « Direction » - 14 avenue de l'Hôpital - CS 86709 - 45067 ORLEANS CEDEX 2