



Centre hospitalier
MOULINS YZEURE

**POLE GESTION ET STRATEGIE
SECRETARIAT GENERAL**

☎ 04 70 35 76 05 - Fax 04 70 35 77 99
E-mail : direction@ch-moulins-zyzeure.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL
(article L.1111-7 du Code de Santé Publique)

DEMANDEUR

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (*rayez la mention inutile*)

NOM d'usage : Nom de Naissance :

Prénom : Date de Naissance : ____/____/____

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail : N° téléphone : ____/____/____/____/____

Quelle que soit la situation, le demandeur doit **joindre obligatoirement** un justificatif d'identité recto-verso en cours de validité (Carte Nationale d'identité, permis de conduire, passeport...)

PATIENT

Cocher obligatoirement une des trois propositions suivantes *

Si aucune de ces propositions ne correspond à votre situation, l'accès ne vous est pas autorisé.

* **Vous-même (demandeur) :**

Pièces du dossier médical souhaitées :

Copie intégrale du dossier médical

Autres : service(s) + date(s) approximatives d'hospitalisation ou/et de consultation(s), pièces souhaitées

.....
.....
.....
.....
.....

* **Représentant légal (père, mère, tuteur ou curateur) :**

NOM d'usage du patient concerné :

Prénom : Date de Naissance ____/____/____

Joindre obligatoirement suivant votre situation : copie du livret de famille ou acte de naissance de l'enfant, copie du jugement de tutelle, curatelle.

Pièces du dossier médical souhaitées :

Copie intégrale du dossier médical

Autres : service(s) + date(s) approximatives d'hospitalisation ou/et de consultation(s), pièces souhaitées

.....
.....

.....
.....
 * **Ayant-droit légataire (conjoint survivant, descendant, ascendant), testamentaire, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin**

NOM d'usage du patient concerné :

Prénom : Date de Naissance ____/____/____

Décès survenu au Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure :

oui, date/année _____

non

Cochez l'un des trois motifs légaux :

Connaître les causes du décès

Faire valoir un droit (à motiver sur papier libre)

Défendre la mémoire du défunt (à motiver sur papier libre)

Seuls les éléments du dossier médical répondant à l'un des trois motifs seront remis. Ces éléments sont à l'appréciation de l'équipe médicale.

Joindre obligatoirement suivant votre situation : acte de décès (si décès non survenu dans l'établissement), copie livret de famille ou copie acte notarié, pacs, certificat de concubinage et courrier motivé si vous souhaitez faire valoir un droit ou défendre la mémoire du défunt (préciser la nature des droits ou les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt)

RECEPTION DU DOSSIER

Remis sur place auprès du Secrétariat de Direction - Site de Moulins - Pavillon Chantemesse 1^{er} étage (le retrait peut être confié à un tiers **obligatoirement** muni de sa pièce d'identité et d'un mandat de la part du demandeur)

Envoi postal Recommandé avec Accusé de Réception à

Nom – prénom – adresse complète :

.....

.....

.....

Les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception seront facturés au tarif postal en vigueur.

Je reconnais être informé(e) du fait que des frais de reproduction pourraient m'être facturés. Un avis des sommes à payer émis par le Trésor Public me sera adressé. Cette somme sera à régler directement à cette administration.

A Le ____/____/____

Signature :

Formulaire à retourner à l'adresse ou par mail, ci-dessous, avec les pièces obligatoires
(Toute demande incomplète ne pourra être traitée dans les délais réglementaires article L.1111-7 du code de santé publique).

10 avenue du Général de Gaulle – Direction Générale - B.P. 609 - 03006 MOULINS Cedex

direction@ch-moulins-yzeure.fr