

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

**PATIENT CONCERNE**

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...)

**DEMANDEUR**

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) :**

\* **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.

\* **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)

**PIECES SOUHAITEES**

**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

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

**MODE DE COMMUNICATION**

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

Consultation du dossier sur place sur rendez-vous

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](mailto:direction@ch-moulins-yzeure.fr)