

## Formulaire de demande d'accès aux informations de santé

A envoyer complété au directeur du centre hospitalier avec les pièces justificatives

✉ Centre hospitalier de l'estran, 7 chaussée Villechével 50170 PONTORSON ou  
par mail à : [direction@ch-estran.fr](mailto:direction@ch-estran.fr)

### Identité du demandeur

Qualité du demandeur :  Patient  Tuteur  Ayant-droit  Titulaire de l'autorité parentale  Mandataire

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse postale : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél Fixe : ..... Mobile : .....

Courriel : .....@.....

### Identité du patient concerné par la demande (si différente du demandeur)

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse postale : .....

### Modalités de communication

**Délai** : les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

**Tarif**<sup>1</sup> : les copies sont facturées à 0,18 € l'unité ; l'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur. Les copies remises sur place sont facturées à partir de 7 copies.

**Vous souhaitez (à cocher) :**

- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception (joindre un chèque de caution de 25 € à l'ordre du Trésor public)
- Une consultation sur place : un rendez-vous vous sera proposé par mail ou téléphone
- Une remise en main propre : un rendez-vous sera proposé par mail ou téléphone
- Un envoi à un médecin de votre choix (frais de copie et envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur au demandeur)

Précisez les coordonnées : .....

.....

<sup>1</sup> Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005

## Justificatifs à joindre à la demande

- ✓ **Patient** : copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité
- ✓ **Représentant d'un mineur** : copie recto-verso<sup>2</sup> de la pièce d'identité en cours de validité du parent et copie du livret de famille (partie parents et enfants) ou justificatifs attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale

Je soussigné(e), (nom, prénom) ..... atteste exercer sur mon fils\*, ma fille\*  
(nom, prénom) ..... l'autorité parentale.

### Signature du demandeur

(\*Rayer la mention inutile)

- ✓ **Représentant légal d'un patient sous tutelle** : copie recto-verso<sup>2</sup> de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient et copie du jugement de tutelle

### ✓ **Ayant droit** :

- copie recto-verso<sup>2</sup> de la pièce d'identité du demandeur,  
 copie de l'acte de décès,

### Et suivant sa qualité :

- copie du livret de famille (enfant du défunt ou son époux/se) ou  
 copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (partenaire du défunt) ou  
 certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée des concubins (concubin) ou  
 certificat d'hérédité / acte notarié (héritier)

La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient, de son vivant, s'y est opposé.

Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent<sup>2</sup>.

### Indiquer le motif de la demande :

- Défendre la mémoire du défunt  
 Faire valoir vos droits

### Pour ces 2 motifs précisez la demande :

.....:  
.....:  
.....:  
.....:  
.....:

- Connaître les raisons du décès

### ✓ **Mandataire** :

- copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient  
 mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom

- ✓ Un chèque de caution de 25 euros à l'ordre du Trésor public pour tout envoi postal

Je soussigné(e) M, Mme .....:

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,
- Prend en charge les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé

Fait à : ..... Le : ...../...../..... Signature :

<sup>2</sup> Articles L.1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique