

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 Villechérel 50170 PONTORSON ou
par mail à : direction@ch-estran.fr

Identité du demandeur

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

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 ouvrés, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Facturation : Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004) et en lien avec la jurisprudence européenne (Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) – arrêt du 26/10/2023 – affaire C-307/22) et le Règlement général sur la protection des données (RGPD) :

→ la consultation des informations de santé sur place est gratuite,

→ la demande d'une première copie du dossier patient est gratuite.

Dans le cadre d'une 2^{ème} demande de copies des mêmes données déjà obtenues gratuitement, les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur selon les tarifs suivants :

Tarif¹ : 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. La clé USB est facturée : 10 €

Mode de consultation souhaité : (à cocher)

- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- Une consultation sur place
- Une remise en main propre
- Un envoi à un médecin de votre choix

Support souhaité : (à cocher)

- Papier
- Electronique
 - Envoi sur le Dossier Médical Partagé
 - Clé USB

¹ Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005

Précisez les coordonnées du médecin :

Pièces Justificatives à joindre à la demande

<input type="checkbox"/> Vous êtes patient	<input type="checkbox"/> copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité
<input type="checkbox"/> Vous êtes un représentant légal d'un patient sous tutelle	<input type="checkbox"/> copie recto-verso d'une pièce d'identité du demandeur en cours de validité <input type="checkbox"/> copie recto-verso de la pièce d'identité du patient et <input type="checkbox"/> copie du jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> Vous êtes un représentant légal d'un mineur	<input type="checkbox"/> copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du parent et <input type="checkbox"/> copie du livret de famille (partie parents et enfants) ou justificatifs attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> l'attestation de l'autorité parentale ci-dessous complétée
<input type="checkbox"/> Vous êtes un ayant droit du patient décédé	<input type="checkbox"/> copie recto-verso de la pièce d'identité <input type="checkbox"/> copie d'un document attestant de votre qualité d'ayant droit (certificat de décès, livret de famille, certificat d'hérédité, attestation dévolutive de succession) <input type="checkbox"/> copie de l'acte de décès, <input type="checkbox"/> compléter la motivation de la demande ci-dessous
<input type="checkbox"/> Vous êtes un médecin désigné par le patient	<input type="checkbox"/> Copie-recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité <input type="checkbox"/> Copie de l'inscription à l'ordre des médecins, <input type="checkbox"/> Courrier du patient vous désignant

Attestation 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)

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 poursuivent².

Motivation de la demande si vous êtes un ayant-droit du patient décédé :

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

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 dans le cas d'une 2^{ème} demande

Fait à : Le :/...../.....

Signature :

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