

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DONNEES MEDICALES

Ce formulaire est à remplir par le demandeur et à adresser, accompagné des pièces justificatives nécessaires, à :
Madame la Directrice du Centre Hospitalier de Sarrebourg
25 avenue du Général de Gaulle - BP 80269 - 57402 SARREBOURG CEDEX

CADRE RESERVE AU DEMANDEUR

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

VOUS ETES :	DOCUMENTS A JOINDRE :
<input type="checkbox"/> Le patient majeur	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Le représentant légal du patient mineur	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité - Document officiel attestant de votre filiation avec le patient (livret de famille)
<input type="checkbox"/> Le tuteur légal du patient majeur	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité - Jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> L'ayant-droit du patient (en cas de décès)	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité - Selon votre situation : * Conjoint ou concubin du patient, lié par un mariage ou par un PACS : Votre livret de famille ou un justificatif de PACS * Autre successeur légal ou testamentaire du patient : Attestation d'hérédité ou acte de notoriété

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

EN CAS DE DECES DU PATIENT

Selon l'Article L.1110-4 du Code de la santé publique : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations médicales concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de **connaître les causes du décès**, de **défendre la mémoire du défunt** ou de **faire valoir leurs droits**, sauf volonté contraire opposée par la personne avant son décès

Motif de la demande :

- Connaître les causes du décès
 Défendre la mémoire du défunt
 Faire valoir vos droits

Préciser, le cas échéant, les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits que vous souhaitez faire valoir :

.....

NATURE DES DONNEES

Date de l'hospitalisation (début/fin si possible) :

Service d'hospitalisation et nom du praticien :

Eléments demandés :

L'ensemble du dossier

ou

Les pièces suivantes (à préciser) :

Mode de transmission des données :

Envoi par lettre recommandée avec accusé de réception (joindre un **justificatif de domicile** si l'adresse indiquée sur la pièce d'identité n'est plus valable)

au demandeur

au médecin traitant : Nom, prénom, adresse.....

.....
.....

Ou :

Consultation sur place en présence d'un médecin

LE DEMANDEUR EST INFORME

- Que conformément à la Loi du 4 mars 2002, le Centre Hospitalier de Sarrebourg répondra à sa demande dans un délai compris entre 8 jours et 2 mois selon l'ancienneté du dossier (L 1111-7 du Code de la Santé Publique).

- Que les informations du dossier médical sont strictement personnelles.

- Que les documents transmis seront des copies.

- Que les frais de reproduction et d'envoi de données d'un dossier médical sont les suivants :

0.32 € par copie A4, 0.53 € par copie A3, 15.00 € par CD, 10.00 € par cliché d'Imagerie.

Les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception sont facturés au coût réel.

Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et s'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

Demande faite le :

Signature du demandeur :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DU CENTRE HOSPITALIER DE SARREBOURG

VISA DE LA DIRECTRICE OU DU DIRECTEUR DE GARDE

Validation de la demande :

Oui

Non

Délai de communication :

8 jours

60 jours

Si non, motif :

Date :

Signature :

VISA DU MEDECIN

Envoi

Consultation sur place

Date :

Nom et Signature :

Refus

Si refus, motif :

Opposition exprimée par le défunt

Opposition exprimée par le mineur

ENVOI

Du secrétariat de direction le :