

Date de création : 23/01/2018 (V1) – Date de la dernière modification : 20/01/2023 (V5)

Références

- Loi du 4 mars 2002, les droits du patient CSP*
- Article 2 du décret du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique.
- Arrêté du 5 mars 2004, recommandations des bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

Imprimé à retourner dûment rempli et signé à :
Centre Hospitalier d'Ajaccio
Direction des Relations avec les Usagers
1180 Route A Madonuccia
20 090 AJACCIO

IDENTITE DU PATIENT

Monsieur, Madame :
(Préciser le nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Date de naissance : N° ☎ :

Adresse postale :
(Rayer les mentions inutiles)

DEMANDEUR (si autre que le patient)

Monsieur, Madame :

Adresse postale :

N° ☎ :
(Rayer les mentions inutiles)

☞ Cocher les cases correspondant à votre situation ou à votre choix

QUALITE DU DEMANDEUR :

- Vous avez autorité parentale, agissant en qualité de : père mère tuteur
- Vous êtes mandaté (joindre le courrier du mandant vous désignant en pouvoir d'agir en son nom)
- Vous êtes ayant droit en cas de décès :
Préciser la motivation (Art L1110-4) CSP*
 - Connaître les causes du décès
 - Défendre la mémoire du défunt
 - Droits à faire valoir

NB : si la personne a exprimé une volonté contraire, il ne pourra être donné suite à cette demande.
(Art.L 1111-5) Art 6 du décret du 29 avril 2002

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE (Selon votre situation)

- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité
- Photocopie attestant de l'autorité parentale (livret de famille, jugement ou arrêté rendu, déclaration conjointe)
- Photocopie attestant de l'exercice de la tutelle (jugement ou arrêté rendu)
- Photocopie d'un document attestant la qualité d'ayant droit (acte notarié ou acte d'état civil)
- Photocopie du contrat d'assurance vie dont vous êtes le bénéficiaire

MODALITES DE COMMUNICATIONS

Je demande la communication selon la modalité suivante :

Envoi au domicile

Nom- Prénom :

Adresse :

Envoi au médecin traitant ou mandataire de votre choix

(Art.L1111-7 CSP)

Nom- Prénom :

Adresse :

Retrait au bureau des Relations Usagers

Consultation sur place (gratuite)

(Art.R 710-2-1 CSP)

Prendre rendez-vous avec le médecin auprès du secrétariat du service concerné.

MOTIFS DE LA DEMANDE

NATURE DE LA DEMANDE

Vous souhaitez :

L'ensemble du dossier médical

Les éléments suivants :

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

Dates de séjour

Services

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

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

L'absence de pièces justificatives ou de réponse de votre part, dans les trois mois qui suivent l'envoi de ce formulaire, induira la clôture de la démarche d'accès à votre dossier ou celui d'un proche.

Je m'engage à m'acquitter auprès du Centre hospitalier d'Ajaccio, des frais de reproduction des documents demandés (0.18€/page format A4 ou A3 et 1.50€/contretype d'imagerie médicale) ainsi que les frais d'affranchissement en recommandé si envoi.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la véracité des informations complétées ci-dessus, de sorte que celles-ci ne pourront pas être remises en cause par un tiers ou par toute autorité compétente et à défaut engageront la responsabilité du signataire.

Fait àle

Signature