

# DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Centre Hospitalier de la Côte Fleurie  
BP 30009 - 14601 Honfleur Cedex 1 - tel : 02 31 89 89 89

## IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (de jeune fille) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
PRENOMS \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant<sup>(1)</sup>

- suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service : \_\_\_\_\_  
 relative à une hospitalisation dans le service \_\_\_\_\_

### Informations médicales concernant

M<sup>r</sup> / M<sup>me</sup> / M<sup>elle</sup> (2) NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_

PRENOMS \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

- En qualité de<sup>(1)</sup> :  représentant légal (père et mère pour les mineurs, tuteur désigné par le juge)  
 ayant droit (pour une personne décédée)

MOTIF<sup>(1)</sup> (obligatoire)

- connaître la cause du décès   
- défendre la mémoire du défunt   
- faire valoir ses propres droits

## MODALITES

Je souhaite<sup>(1)</sup> :

- Retirer les copies  
 Recevoir les copies à mon domicile  
 Que les copies soient adressées au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

### Consulter le dossier sur place

- seul (e)  
 accompagné(e) d'un tiers  
NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 accompagné(e) d'un médecin  
NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

**Je soussigné (e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisés au verso**

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature

(1) cocher une des cases (2) rayer les mentions inutiles

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement une copie de :
  - Pièce d'identité (recto - verso)
  
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement une copie de :
  - Pièce d'identité (recto - verso)
  - Livret de famille
  - Jugement de divorce attestant de l'autorité parentale le cas échéant
  
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre obligatoirement une copie de :
  - Pièce d'identité (recto - verso)
  - Document attestant de votre qualité de tuteur
  
- Vous demandez le dossier d'un proche décédé, joindre obligatoirement une copie de :
  - Pièce d'identité (recto - verso)
  - Livret de famille
  - Toute pièce justifiant de votre qualité d'ayant-droit

## DELAI DE COMMUNICATION

Si les informations que vous demandez ont été constituées depuis <b>moins de 5 ans</b> :	8 jours
Si les informations que vous demandez ont été constituées depuis <b>plus de 5 ans</b> :	2 mois
En cas de saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques :	2 mois

**Vous êtes informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis-à-vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...)**