FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

A retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires :

Par courrier à : Département d'Information Médicale - 2 rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES CEDEX 09
Par mail : DIM.ADP@chu-rennes.fr
Pour toute question relative à votre demande, vous pouvez contacter notre service (02.99.28.93.46)

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : .....Nom de naissance : …….

Prénom : .....Né(e) le : …….

Domicilié(e) : .....

N° de téléphone (nécessaire pour vous contacter si difficulté) :

Adresse mail : ……

☐ JE DEMANDE MON DOSSIER

Pièce à joindre à votre demande : **un justificatif d'identité** (copie de votre carte d'identité recto/verso en cours de validité ou copie de votre passeport ou copie de votre permis de conduire)

☐ JE DEMANDE LE DOSSIER D'UNE AUTRE PERSONNE

NOM DU PATIENT : .....Nom de naissance……..

Prénom : .....Né(e) le : …….

J'exprime cette demande en ma qualité de : *(Merci de ne cocher qu'une seule case)*

☐ **Ayant-droit d'une personne décédée** □ Conjoint □ Concubin □ Partenaire pacsé □ Enfant □ Père/mère □ Autre :	Justificatifs à fournir à votre demande : • Copie de votre titre d'identité en cours de validité • Copie de l'acte de décès si le patient n'est pas décédé au CHU • Conjoint survivant et enfant : livret de famille (extrait des pages parents et enfants) • Partenaire de Pacs : extrait d'acte de naissance récent • Concubin : certificat de vie commune ou de concubinage délivré en mairie • Autres demandeurs : acte de notoriété

En qualité d'ayant droit, vous devez préciser le(s) motif(s) de votre demande :

☐ Connaître la cause du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt :
……
……

☐ Faire valoir vos droits :
……
……

Pour les deux derniers motifs, vous devez impérativement motiver votre demande.
Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent (sauf si le patient de son vivant, s'y est opposé). Il est donc important de bien expliquer les raisons de votre demande.

☐ **Détenteur de l'autorité parentale**	Justificatifs à joindre à votre demande : • Copie de votre titre d'identité en cours de validité (recto-verso) • Copie du livret de famille (partie parents et enfants) ou de l'extrait d'acte de naissance • En cas de divorce : une copie du jugement attestant de l'autorité parentale
☐ **Personne en charge d'une mesure de protection juridique**	Justificatifs à joindre à votre demande : • Copie de votre titre d'identité en cours de validité (recto-verso) • Copie du titre d'identité en cours de validité (recto-verso) du patient concerné par la demande • Copie du jugement
☐ **Personne mandatée par le patient lui-même**	Justificatifs à joindre à votre demande : • Copie de votre titre d'identité en cours de validité (recto-verso) • Copie du titre d'identité du patient en cours de validité (recto-verso) • Un document écrit permettant de justifier du mandat (daté et signé par le patient concerné)

SEJOUR(S) CONCERNE(S) PAR LA DEMANDE ET DOCUMENTS DU DOSSIER SOUHAITES

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation :	Nom du ou des services :	Documents : ☐ Compte-rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie ☐ Compte-rendu opératoire ☐ Dossier d'anesthésie ☐ Compte-rendu de consultation ☐ Dossier infirmier ☐ Résultats d'examens (à préciser) : …… ☐ Analyses biologiques ☐ Imagerie : ☐ Comptes-rendus ☐ CD (radios, IRM, scanner sur CD) ☐ Autres documents (à préciser) : .....

Les copies sont facturées 0.30 euros l'unité, le CD d'imagerie 2.50 euros l'unité et les frais d'envoi sont de 5 euros (forfait). Le dossier complet peut-être volumineux et donner lieu à une facturation élevée. Le compte-rendu reprend généralement la synthèse du séjour et bien souvent répondra à vos questions.
(Le montant de la facture sera indiqué lors de la réception du dossier demandé. La Trésorerie du CHU de Rennes vous enverra par la suite un avis de sommes à payer où les modalités de règlement seront précisées).

MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

☐ Je choisis la consultation du dossier sur place *(La consultation sur place, sans copie, est gratuite. Notre service vous contactera pour prendre RDV)*

☐ Je viendrai chercher les copies au Département d'Information Médicale *(Notre service vous contactera lorsque les copies du dossier seront prêtes)*

☐ Je demande l'envoi des copies à mon domicile

Fait à …… Le …… Signature obligatoire :