

Formulaire à transmettre à l'adresse postale ci-dessus
ou à l'adresse mail suivante : demandedossiermedical@ghnd.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A DES INFORMATIONS MEDICALES HEBERGEES PAR LE
CENTRE HOSPITALIER PIERRE OUDOT DE BOURGOIN-JALLIEU

I - IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom de famille (= Nom de naissance) : -----Prénom : -----
Nom d'usage (le cas échéant) : -----Né(e) le : -----/-----/-----
Adresse : -----
Code Postal : ----- Ville : -----
Numéro de Téléphone -----/-----/-----/-----/----- Adresse mail : -----@-----

AGISSANT EN QUALITE DE :

- PATIENT** (Copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur en cours de validité à joindre).
- REPRESENTANT LEGAL** (Père/Mère : copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur + copie de l'intégralité du livret de famille à joindre) – (Tuteur : copie recto verso de la pièce d'identité du tuteur + copie du jugement de tutelle à joindre) **DE :**
(Nom de famille, Prénom, Nom d'usage le cas échéant) -----né(e) le -----/-----/-----
- AYANT-DROIT**(copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur + copie de l'acte de décès + copie du certificat d'hérédité ou du livret de famille) **DE :**
(Nom de famille, Prénom, Nom d'usage le cas échéant) -----décédé(e) le -----/-----/-----
- POUR LE MOTIF SUIVANT (à cocher obligatoirement par l'ayant-droit) :**
- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt, merci de préciser : -----
- Faire valoir ses droits, merci de préciser : -----

II - DOCUMENTS DEMANDES :

PERIODES ET SERVICES CONCERNES :

Date d'entrée : -----/-----/----- et date de sortie : -----/-----/----- dans le service de : -----
et/ou
Date de consultation : -----/-----/----- dans le service de : -----

DESIGNATION DES PIECES SOUHAITEES :

- Comptes rendus d'hospitalisation Comptes rendus opératoires Comptes rendus de consultation
- Comptes rendus d'imagerie Duplicata(s) d'imagerie
- Autres pièces (à préciser) : -----

III - MODE DE COMMUNICATION :

- Je demande à récupérer directement les informations sur place en présentant ma pièce d'identité.
- Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception.
- Je demande l'envoi postal au médecin de mon choix (nom et coordonnées à préciser : -----
-----) des informations par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception.
- Je souhaite consulter le dossier sur place.

DATE :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

Le coût de la production des documents demandés est de :
0.30 € par photocopie – 5.00 € par cliché radiologique – 5.00 € par CD-ROM
Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception en fonction du poids de l'envoi.

Les copies seront conservées 6 mois maximum