

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX INFORMATIONS
DU DOSSIER MEDICAL PAR UN AYANT DROIT**

Référence :

Version :

Page/page (s) :

Date d'application :

Pour obtenir la communication des informations désirées, veuillez nous retourner ce formulaire dûment complété, daté et signé (recto-verso), accompagné des pièces nécessaires à l'adresse ci-dessous :

Centre Psychothérapique de l'Orne
Service des Admissions
31 Rue Anne Marie JAVOUHEY
61014 ALENCON Cedex

1- IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone :/...../...../...../..... ou/...../...../...../.....

Adresse mail :

2- IDENTITE DU PATIENT :

Nom de naissance du patient :

Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Date de décès :/...../.....

3- MOTIF DE LA DEMANDE :

**Conformément à la réglementation (Art.L1110-4 du Code de la Santé Publique), les ayants droits
doivent motiver leur demande et en indiquer le motif :**

- ☐ Connaitre les causes du décès
- ☐ Défendre la mémoire du défunt
- ☐ Faire valoir ses droits
- ☐ Obtenir des informations en cas d'examen génétique dans la famille

Motivation de la demande :

--

4- DATES ET SERVICES D'HOSPITALISATION ET/OU DE CONSULTATION :

DATES	Services concernés



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX INFORMATIONS
DU DOSSIER MEDICAL PAR UN AYANT DROIT**

Référence :

Version :

Page/page (s) :

Date d'application :

5- MODALITÉS DE COMMUNICATION

Délai : Les dossiers de moins de 5 ans seront communiqués dans un délai de 8 jours.
Un délai minimal de traitement et de réflexion de 48h est nécessaire pour le traitement de la demande.
Ceux de plus de 5 ans seront communiqués dans un délai de 2 mois au maximum.

Tarif : Les copies sont facturées 0,18 euros l'unité et les frais d'envoi en recommandé sont à la charge du demandeur

Vous souhaitez :

- ☐ un envoi postal en recommandé avec accusé de réception à votre domicile
- ☐ une réponse à la demande sur place accompagnée d'un médecin de l'établissement
(un rendez-vous vous sera proposé par téléphone)

6- LES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Ayant droit d'un patient décédé	Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient (si possible) Copie de l'acte de décès Copie du livret de famille attestant de filiation entre le demandeur et le patient décédé ou Copie du certificat d'hérédité
--	---

Date de la demande : / /

Signature du demandeur :

