DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

Communication des informations relatives à la santé **à la demande du patient**

Formulaire à retourner rempli et signé à :

Monsieur le Directeur
90, rue du 8 mai 1945 - 59530 LE QUESNOY

IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité

IDENTITE DU PATIENT :

Nom de naissance :……
Nom marital : ……..
Prénom :……
Date de naissance : ……../……../……..
N° de téléphone (domicile ou portable) : ……/……/……/……/…….

COPIE DES INFORMATIONS MEDICALES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de préciser :

- Les périodes d'hospitalisation
- Les services concernés par votre demande
- Les documents souhaités.

……
……
……

MODALITES DE COMMUNICATION :

Cocher les options que vous choisissez (☐):

☐ **Communication sur place**

- ☐ avec un accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)
- ☐ sans accompagnement médical

ET/OU

- ☐ en présence d'une tierce personne de mon choix
- ☐ sans la présence d'une tierce personne de mon choix

☐ **Envoi à mon domicile**

Adresse : ……
……
……...

☐ **Envoi au médecin de mon choix**

Adresse : ……
……
……...

Date : …… **Signature :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées au secrétariat de direction. Elles sont conservées 10 ans.
Seules la secrétaire de direction et les personnes en charge de préparer les dossiers y auront accès.
Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter : dpo@ch-lequesnoy.fr
Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits «Informatique et Libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

Communication des informations relatives à la santé **à la demande d'un tiers**

Formulaire à retourner rempli et signé à :

Monsieur le Directeur, 90, rue du 8 mai 1945 - 59530 LE QUESNOY

IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité ainsi que des éventuelles autres pièces demandées.

DEMANDEUR :

Nom : …….. Prénom :……

N° de téléphone (domicile ou portable) : ……/……. /……. /……. /…….

Qualité du demandeur (cocher la case correspondante☐):

➔ Titulaire de l'autorité parentale : ☐ Père ☐ Mère

Fournir une copie du livret de famille. En cas de divorce : fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales.

➔ Délégataire de l'autorité parentale : ☐

Fournir la décision du juge aux Affaires Familiales.

➔ Tuteur : ☐

Fournir l'ordonnance du juge des tutelles.

➔ Ayants droits : ☐ conjoint ☐ père-mère ☐ frère-sœur ☐ enfants ☐ autre

Fournir le ou les justificatifs de cette qualité.

Motivation pour les ayants droit (Art L1110-4 du CSP) (cocher la case correspondante)

- Connaître les causes de la mort ☐
- Défendre la mémoire du défunt ☐
- Faire valoir des droits : ☐ droit à pension - ☐ droit à assurance - ☐ réparation d'un préjudice - ☐ autre à préciser : …….

IDENTITE DU PATIENT :

Nom de naissance : …….. Prénom :……

Nom marital :……

Date de naissance : ……../……../……..

COPIE DES INFORMATIONS MEDICALES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de préciser : les périodes d'hospitalisation - les services concernés par votre demande - les documents souhaités.

……

……

MODALITES DE COMMUNICATION : Cocher les options que vous choisissez:

☐ **Communication sur place**

☐ avec un accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)
☐ sans accompagnement médical
ET/OU ☐ en présence d'une tierce personne de mon choix
☐ sans la présence d'une tierce personne de mon choix

☐ **Envoi à mon domicile**

Adresse : ……

……

☐ **Envoi au médecin de mon choix**

Adresse : ……

……

Date : …… **Signature :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées au secrétariat de direction. Elles sont conservées 10 ans.
Seules la secrétaire de direction et les personnes en charge de préparer les dossiers y auront accès.
Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter : dpo@ch-lequesnoy.fr
Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits «Informatique et Libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL