

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

(Article L.111-7 du Code de la Santé Publique)

### DEMANDEUR

Je soussigné (e) Madame, Monsieur (*rayez la mention inutile*)

NOM d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse .....

Code postal : ..... Ville : .....

E-mail : ..... Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quelle que soit la situation, le demandeur doit **joindre obligatoirement un justificatif d'identité recto-verso** en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour) et éventuellement un justificatif d'hérédité.

Cocher obligatoirement une des trois propositions suivantes \*

Si aucune de ces propositions ne correspond à votre situation, l'accès ne vous sera pas autorisé.

☐ \* Vous-même (demandeur)

Pièces du dossier médical souhaitées :

☐ Copie intégrale de votre dossier médical

☐ Autres : service (s) + date (s) approximatives d'hospitalisation, pièces souhaitées :

.....  
.....  
.....

☐ \* Représentant légal (père, mère, tuteur ou curateur) :

Nom d'usage du patient concerné : .....

Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Joindre obligatoirement** suivant votre situation : copie du livret de famille à défaut extrait d'acte de naissance, copie du jugement de tutelle, curatelle.

Pièces du dossier médical souhaitées :

☐ Copie intégrale du dossier médical

☐ Autres : service (s) + date (s) approximatives d'hospitalisation, pièces souhaitées :

.....  
.....  
.....

## **FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

(Article L.111-7 du Code de la Santé Publique)

- ☐ \* Ayant-droit légataire (conjoint survivant, descendant, ascendant), testamentaire, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, concubin.

Nom d'usage du patient concerné : .....

Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Pièces du dossier médical souhaitées :**

☐ Copie intégrale du dossier médical

☐ Autres : séjour(s) + date (s) approximatives d'hospitalisation (s), pièces souhaitées :

.....  
.....

### **Décès survenu :**

☐ Au Centre Hospitalier de BOURBON

L'ARCHAMBAULT :

☐ Oui, date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Non

☐ A la Résidence du Pays de Levis à LURCY LEVIS :

☐ Oui, date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Non

### **Cochez l'un des trois motifs légaux :**

☐ Connaitre les causes du décès

☐ Faire valoir un droit (à motiver sur votre courrier)

☐ Défendre la mémoire du défunt (à motiver sur votre courrier)

Seuls les éléments du dossier médical répondant à l'un de ces trois motifs seront remis. Ces éléments sont à l'appréciation de l'équipe médicale.

*Joindre obligatoirement suivant votre situation : acte de décès (si décès survenu dans l'établissement), copie du livret de famille, copie de l'acte notarié, pacs, certificat de concubinage et courrier motivé si vous souhaitez faire valoir un droit ou défendre la mémoire du défunt (préciser la nature des droits ou circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt).*

### **RECEPTION DU DOSSIER**

☐ Remis sur place auprès du médecin au Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault ou à Lurcy-Lévis (le retrait peut être confié à un tiers obligatoirement muni de sa pièce d'identité et d'un mandat de la part du demandeur).

☐ Envoi sécurisé sur « Mon Espace Santé (uniquement si le demandeur est le patient)

☐ Envoi postal Recommandé avec Accusé de Réception à :

Nom – Prénom – adresse complète :

.....  
.....

Les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception seront facturés au tarif postal en vigueur.

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

*Formulaire à retourner à l'adresse postale ou par mail, ci-dessous, avec les pièces obligatoires (toute demande incomplète ne pourra être traitée dans les délais réglementaires – Article L1111-7 du code de la Santé Publique).*

Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault – Gautrinière – secrétariat de Direction – 03160 BOURBON L'ARCHAMBAULT  
[directeur@ch-bourbon.fr](mailto:directeur@ch-bourbon.fr)