



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT  
A LA DEMANDE D'UN TIERS

Règlementé par la Loi du 4 mars 2002 relative  
aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Date de création :14/12/2011  
Mis à jour le 15/07/2020

1 – Identité du demandeur	Identité du patient
Nom d'usage:	Nom d'usage :
Nom de famille (nom de jeune fille) :	Nom de famille (nom de jeune fille) :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° de téléphone :	N° de téléphone :

2 - Qualité du demandeur

- Titulaire de l'autorité parentale : Père  Mère

**Fournir une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité et du livret de famille.  
En cas de séparation, fournir l'ordonnance du juge des affaires familiales.**

- Délégué de l'autorité parentale :

**Fournir la décision du Juge aux Affaires Familiales et une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité.**

- Tuteur :  Tutelle aux biens ET/OU  Tutelle à la personne

**Fournir l'ordonnance du juge des tutelles et une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité.  
RAPPEL : Le droit d'accès au dossier médical par le tuteur aux biens ne peut être exercé de plein droit et nécessite, en application de l'article L1111-7 du code de la santé publique, soit l'accord de la personne protégée, soit, lorsque un tuteur à la personne a été désigné, l'accord de ce dernier qui peut lui confier un mandat exprès en ce sens.**

3 – Eléments du dossier demandés

- Ensemble du dossier médical
- Informations relatives à la fin de séjour
- Autre, précisez : .....

**Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers ne sont pas communicables (article R1112-2 du code de la santé publique).**

4 – Aide à la recherche des éléments demandés

Selon les éléments demandés précédemment, merci de préciser :

Date(s) d'hospitalisation, de consultation : .....

Service(s) concerné(s) : .....

Mode d'hospitalisation :  Soins sans consentement  Hospitalisation libre

	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT A LA DEMANDE D'UN TIERS</b>	
	<b>Règlementé par la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.</b>	Date de création :14/12/2011 Mis à jour le 15/07/2020

### 5 – Modalités de communication souhaitées

- Consultation du dossier sur place, sur Rdv et en présence d'un médecin du service :
- Envoi postal du dossier, en recommandé, à vous-même (à vos frais) :
- Copie du dossier à vous remettre en main propre :
- Envoi du dossier au médecin désigné par vos soins **que vous autorisez à prendre connaissance du dossier médical** (à vos frais) :

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

### 6 – Facturation

Je vous rappelle que, conformément à la réglementation, les frais de délivrance des copies ainsi que les frais d'envoi seront à votre charge :

- Coût de reproduction : 0,18 € par feuille
- copie de clichés, radio, scanner, IRM : 4,50 € par film
- frais d'expédition : selon les tarifs postaux en vigueur.

Une facture vous sera envoyée ultérieurement par la Trésorerie Principale du CHU de Dijon. Le CH La Chartreuse ne facture pas les dossiers inférieurs à 5€.

Fait le ....., à .....

**Nom et signature du demandeur :**

#### **Veillez retourner votre formulaire complété à :**

Centre Hospitalier La Chartreuse  
Direction Générale  
1, boulevard Chanoine Kir  
B.P. 23314  
21033 Dijon Cedex

**OU**

[dossiersmedicaux@chlcdijon.fr](mailto:dossiersmedicaux@chlcdijon.fr)

**Note :** Le délai d'accès aux demandes de dossiers médicaux ne commence à courir qu'à partir de la date de réception de toutes les pièces justificatives.