Centre Hospitalier Universitaire
Dijon Bourgogne

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

Joindre IMPERATIVEMENT une copie de votre **pièce d'identité**
et **tout document** attestant votre qualité de *représentant légal* d'un mineur ou d'un incapable majeur **ou** d'*ayant droit* d'un patient décédé (copie du livret de famille).

Je soussigné(e) ☐Mme ☐Mlle ☐M. [*NOM, prénom*] .....

NOM de naissance : .....Né(e) le : / / Tél : .....
Domicilié(e) : .....
.....

Demande à obtenir communication *(Cochez la case correspondante à votre demande)* :

☐ **de mon dossier médical**
OU
☐ **du dossier médical de :** *[NOM, prénom du patient]*.....

Né(e) le / /

dont je suis : ☐ **Père, Mère**
☐ **la personne exerçant une mesure de protection avec représentation à la personne**
☐ **la personne disposant d'un mandat écrit du patient** (justifié par une pièce d'identité du patient)
☐ **Ayant droit d'une personne décédée** Motifs (un seul choix possible) : ☐ pour connaître les causes du décès,
☐ pour défendre la mémoire,
☐ pour faire valoir des droits

Précision sur le motif coché : .....

Il vous sera adressé les éléments essentiels de votre dossier (compte-rendu opératoire, compte-rendu d'hospitalisation et lettre de sortie). Si vous avez une demande spécifique ou si vous souhaitez recevoir un document en particulier, merci de le préciser :
.....
.....
.....

De la façon suivante : *(Cochez une seule case)*
☐ Envoi de photocopies à mon adresse ☐ par courrier simple ☐ en accusé réception

Ou ☐ Envoi de photocopies au Docteur [*Nom, prénom et adresse]* :
.....
.....

Ou ☐ Consultation sur place dans le service, en présence d'un médecin hospitalier.
(Prendre RDV auprès du Secrétariat du Service concerné)

Renseignements obligatoires facilitant la recherche du dossier : Date(s) et service(s)de soins concernés par votre demande :
.....
.....

Date : / /
Signature :

Les frais de copie sont fixés à 0,25 € par page, 2,75 € la reproduction d'un CD.
Les frais d'envoi sont fixés à 1,46€ pour un envoi simple et 5,77€ pour un envoi en accusé réception
Ne pas envoyer de chèque lors du retour de ce document : la Trésorerie vous transmettra une facture pour cette prestation.

Ce document est à envoyer à :
Par courrier: C.H.U. - Service des Archives Centrales –Bât 23F 14 rue Paul Gaffarel BP 77908 21079 Dijon Cedex
Ou Par télécopie : 03 80 29 51 64 Ou par e-mail : dossier.patient@chu-dijon.fr

Document interne propriété du CHU DIJON BOURGOGNE