



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL EN QUALITÉ D'AYANT-DROIT, DE CONCUBIN / DE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE (PACS)

Votre demande doit être formulée au moyen de cet imprimé dûment **complété, signé, accompagné des justificatifs demandés**. Elle doit être adressée à :

Hôpitaux Publics de l'Artois
Direction des Relations avec les Usagers
99 Route de la Bassée, Sac Postal 08, 62307 Lens Cedex

Pour le CH de Lens : relationusagers@ch-lens.fr Pour le CH de Béthune-Beuvry : relationusagers@ch-bethune.fr
Pour le CH d'Hénin-Beaumont : relationusagers@ch-henin.fr Pour le CH de La Bassée : relationusagers@ch-labasse.fr

Nous attirons votre attention sur le caractère strictement personnel des informations qui vous seront transmises vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...) et des conséquences éventuelles que la révélation et/ou l'interprétation de certaines informations peuvent entraîner.

IDENTITÉ DU DEMANDEUR (L'AYANT-DROIT, LE CONCUBIN OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS)

Nom Nom de jeune fille : Prénoms :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :
(Obligatoire)

Courriel :@.....

Lien de parenté avec le patient :

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom Nom de jeune fille : Prénoms :

Date de naissance : / / Date de Décès : / / Décédé(e) au CH : Oui Non

Lieu de prise en charge (obligatoire) : CH Lens CH Béthune Beuvry CH La Bassée CH Hénin-Beaumont

MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE

Conformément à la réglementation en vigueur, et dans la mesure où vous agissez en qualité d'ayant-droit, votre demande doit être motivée par l'un des objectifs suivants (cochez votre choix) :

1) Connaître les causes du décès 2) Faire valoir vos droits 3) Défendre la mémoire du défunt

Attention, l'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui permettent de répondre à la motivation de votre demande et seuls ces derniers vous seront transmis.

Il est donc obligatoire de justifier précisément votre demande lorsqu'elle concerne les motivations 2 ou 3 :

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

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL EN QUALITÉ D'AYANT-DROIT, DE CONCUBIN / DE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE (PACS)

MODALITÉS DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

- Je souhaite : l'envoi postal à mon domicile en recommandé avec accusé de réception
 le retrait sur place*
 la consultation du dossier sur place*, accompagné(e) d'un médecin, avec éventuelle remise de copies

*La Direction des Relations avec les Usagers vous contactera pour convenir d'un rendez-vous. En cas d'empêchement, merci de l'en informer pour fixer un autre rendez-vous. Sans réponse de votre part sous 15 jours, l'ensemble des documents vous sera envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception (frais à votre charge).

TARIFICATION DES COÛTS DE REPRODUCTION

La consultation sur place est gratuite. Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur.

Tarifs au 1^{er} janvier 2022 (Conformément à l'arrêté du 1^{er} octobre 2001) :

- 0,18€ / copie A4
- 0,36€ / copie A3
- 2,75€ / CD-ROM (un ou plusieurs clichés radiographiques)

L'envoi est effectué en recommandé avec accusé de réception (selon poids et tarifs en vigueur).

JUSTIFICATIF A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT A VOTRE DEMANDE

- Ayant droit (enfant ou conjoint)** : copie recto verso d'une pièce d'identité + copie du livret de famille + acte de décès + Motivation
- Ayant droit (autre)** : copie recto verso d'une pièce d'identité + certificat d'hérédité ou document notarié attestant de la qualité d'ayant droit (ou copie du PACS ou copie d'un certificat de vie commune, de concubinage) + acte de décès + Motivation

Par ailleurs, j'atteste avoir pris connaissance de la notice d'information « Comment accéder au dossier médical ? » relative aux dispositions d'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé ainsi que les modalités d'envoi.

Le : / / à

Signature du demandeur :