

Nom Prénom

Adresse

Ref :

**ACCES AUX INFORMATIONS PERSONNELLES D'UN PATIENT DETENUES PAR LES  
PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENT DE SANTE**

**ACCUSE DE RECEPTION - DOSSIER INCOMPLET**

Madame, Monsieur

Vous nous avez sollicités pour obtenir des informations contenues dans le dossier médical constitué lors :

de votre prise en charge

de la prise en charge de

**Votre demande a été reçue le :**

En application de la loi du 4 Mars 2002 et du décret du 5 Mars 2004 et afin de vous faire parvenir les informations qui peuvent vous être transmises, la loi nous demande de nous assurer de votre identité, aussi, vous voudrez bien remplir le questionnaire ci-joint et le retourner à l'adresse suivante :

**Madame la Directrice  
Fondation Saint Jean de Dieu  
Centre Hospitalier Dinan – Saint Briec  
BP 81055 - LEHON  
22101 DINAN Cedex**

Conformément à la réglementation nous disposons d'un délai de huit jours suivant la réception des pièces justificatives nécessaires, pour donner suite à une demande. Dans cette optique, merci de bien vouloir nous faire parvenir un justificatif de domicile que vous pouvez aussi adresser par mail à l'adresse suivante : [relations-usagers-bretagne@fondation-sjd.fr](mailto:relations-usagers-bretagne@fondation-sjd.fr)

Centre Hospitalier Dinan – Saint Briec, Dinan le

**Po/La Directrice,  
Karine BIDAN**

**Saskia CATHELIN,  
Responsable Management Qualité-Risques,  
Management projets & Relations avec les usagers**

**Vous êtes :**

Le patient lui-même (dans ce cas nous faire parvenir une copie de votre pièce d'identité ainsi qu'un justificatif de domicile précisant votre adresse si celle-ci est différente de celle mentionnée sur votre pièce d'identité).

Un ayant droit en cas de décès de la personne concernée (nous faire parvenir un certificat de décès, un document d'identité portant votre adresse, **une attestation d'hérité ou un acte notarié attestant de votre qualité d'ayant droit** et une lettre précisant le motif pour lequel ces informations sont nécessaires)

La démarche des ayants droits doit être motivée par l'un des trois motifs suivants :

Vous souhaitez :  connaître la cause du décès  
 défendre la mémoire du défunt  
 faire valoir vos droits en tant qu'héritier(s)

La personne ayant autorité parentale si la personne concernée est mineure (nous fournir une copie de votre pièce d'identité et une copie de l'extrait de l'acte de naissance avec filiation inscrit sur le registre d'état civil de votre enfant, **datant de moins de 3 mois**).

Le tuteur si la personne concernée bénéficie de cette mesure (nous faire parvenir une copie du jugement de tutelle).

Le médecin qu'une des personnes mentionnées ci-dessus a désigné comme intermédiaire (dans ce cas, fournir la demande écrite de la personne vous désignant comme intermédiaire).

Par votre réponse, vous devrez également nous informer si vous souhaitez :

**Consulter le dossier sur place**

*Souhaitez-vous qu'un médecin de l'établissement se tienne à votre disposition ?*

*Oui*       *Non*

*Si Oui, nous vous contacterons par téléphone afin de vous proposer un rendez-vous,*

*Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_*

Afin de faciliter la compréhension des éléments médicaux du dossier lors de la consultation, nous vous recommandons de vous faire assister d'une tierce personne qui peut être le médecin.

Si vous souhaitez vous faire accompagner d'une tierce personne, pouvez-vous indiquer :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec le demandeur \_\_\_\_\_

Nous vous rappelons l'intérêt des précautions à prendre s'agissant du caractère strictement personnel des informations qui vous seront communiquées notamment vis à vis des tiers que peuvent être les membres de votre famille, de votre entourage, votre employeur, banquier, assureur, etc...

**OU**

**Ne pas consulter le dossier sur place**

mais vous souhaitez **obtenir l'envoi de copies des documents.**

Ces copies vous seront facturées 0,18 euro la page A4 ajouté au coût d'un envoi en recommandé avec accusé de réception (au tarif de la Poste en vigueur).

*Et dans ce dernier cas si vous souhaitez avoir une copie de : (Cochez la case désirée)*

*L'ensemble des dossiers*

*Une partie seulement*

*Concernant la seule hospitalisation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_*

*De même veuillez préciser : (Cochez la case désirée)*

*si vous souhaitez copie de tous les documents figurant dans votre dossier,*

**OU**

*si vous souhaitez seulement obtenir certaines pièces particulières, citez-les :*

\_\_\_\_\_

**Aucune pièce du dossier ne pourra être consultée ou envoyée sans vérification de votre identité.**

**Date et signature du demandeur :**