



Centre de Réadaptation Spécialisé St Luc  
Abreschviller - Niderviller

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DONNEES MEDICALES

Ce formulaire est à remplir par le demandeur et à adresser, accompagné des pièces justificatives nécessaires, à :  
Madame la Directrice du CRS St Luc,  
Centre Hospitalier de Sarrebourg, 25 avenue du Général de Gaulle - BP 80269 - 57402 SARREBOURG CEDEX

### CADRE RESERVE AU DEMANDEUR

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

VOUS ETES :	DOCUMENTS A JOINDRE :
<input type="checkbox"/> Le patient majeur	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Le représentant légal du patient mineur	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité - Document officiel attestant de votre filiation avec le patient (livret de famille)
<input type="checkbox"/> Le tuteur légal du patient majeur	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité - Jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> L'ayant-droit du patient (en cas de décès)	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité - Selon votre situation : * Conjoint ou concubin du patient, lié par un mariage ou par un PACS : Votre livret de famille ou un justificatif de PACS * Autre successeur légal ou testamentaire du patient : Attestation d'hérédité ou acte de notoriété

### IDENTITE DU PATIENT

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

### EN CAS DE DECES DU PATIENT

Selon l'Article L.1110-4 du Code de la santé publique : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations médicales concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de **connaître les causes du décès**, de **défendre la mémoire du défunt** ou de **faire valoir leurs droits**, sauf volonté contraire opposée par la personne avant son décès

#### Motif de la demande :

- Connaître les causes du décès  
 Défendre la mémoire du défunt  
 Faire valoir vos droits

Préciser, le cas échéant, les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits que vous souhaitez faire valoir :

.....  
.....

## NATURE DES DONNEES

---

Date de l'hospitalisation (début/fin si possible) : .....

Service d'hospitalisation et nom du praticien : .....

### Eléments demandés :

L'ensemble du dossier

ou

Les pièces suivantes (à préciser) : .....

### Mode de transmission des données :

Envoi par lettre recommandée avec accusé de réception (joindre un **justificatif de domicile** si l'adresse indiquée sur la pièce d'identité n'est plus valable)

au demandeur

au médecin traitant : Nom, prénom, adresse.....

.....

.....

Ou :

Consultation sur place en présence d'un médecin

## LE DEMANDEUR EST INFORME

---

- Que conformément à la Loi du 4 mars 2002, le CRS St Luc d'Abreschviller-Niderviller répondra à sa demande dans un délai compris entre 8 jours et 2 mois selon l'ancienneté du dossier (L 1111-7 du Code de la Santé Publique).

- Que les informations du dossier médical sont strictement personnelles.

- Que les documents transmis seront des copies.

- Que les frais de reproduction et d'envoi de données d'un dossier médical sont les suivants :

0.32 € par copie A4, 0.53 € par copie A3, 15.00 € par CD, 10.00 € par cliché d'Imagerie.

Les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception sont facturés au coût réel.

Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et s'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

Demande faite le : .....

Signature du demandeur :

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DU CRS St Luc d'Abreschviller-Niderviller**

## VISA DE LA DIRECTRICE OU DU DIRECTEUR DE GARDE

---

Validation de la demande :

Oui

Non

Si non, motif :

Délai de communication :

8 jours

60 jours

Date :

Signature :

## VISA DU MEDECIN

---

Envoi

Consultation sur place

Date :

Nom et Signature :

Refus

Si refus, motif :

Opposition exprimée par le défunt

Opposition exprimée par le mineur

## ENVOI

---

Du secrétariat de direction le : .....