

A retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Guillaume Régnier  
Direction Qualité / Usagers  
108 avenue du Général Leclerc - CS60838- 35708 RENNES Cedex 7

Téléphone : 02 99 33 39 34

Mail : [direction.usagers@ch-guillaumeregnier.fr](mailto:direction.usagers@ch-guillaumeregnier.fr)

**IDENTITE DU DEMANDEUR (PHASE 1)**

**Je soussigné(e) :**  Madame  Monsieur  
NOM : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Né(e) le : .....  
Domicilié(e) .....  
N° de téléphone (nécessaire pour vous appeler si difficulté) : .....

**JE DEMANDE MON DOSSIER (PHASE 2)**

Pièce à joindre à votre demande (justificatif d'identité)  
- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)  
ou - copie de votre permis de conduire  
ou - copie de votre passeport

*Vous pouvez  
passer à la phase 3*



**OU**

**JE DEMANDE LE DOSSIER D'UNE AUTRE PERSONNE (PHASE 2)**

NOM DU PATIENT : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Né(e) le : .....

J'exprime cette demande en ma qualité de : **(Merci de ne cocher qu'une seule case)**

**DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE**  Père  Mère  Autre

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance
- en cas de divorce : une copie du jugement attestant de l'autorité parentale
- en cas de délégation de l'autorité parentale : copie du jugement du JAF

**PERSONNE EN CHARGE D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE : TUTEUR**

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto-verso) du patient concerné par la demande
- copie du jugement de tutelle

**PERSONNE MANDATEE PAR LE PATIENT LUI-MEME**

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto-verso) du patient concerné par la demande
- un document écrit permettant de justifier du mandat (daté et signé par le patient concerné)

**AYANT DROIT D'UNE PERSONNE DECEDÉE** Décédé(e) le : .....

conjoint  concubin  partenaire pacsé  enfant  père-mère  autre .....

Pièce à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie du livret de famille
- copie de l'acte de décès
- copie de certificat de vie commune pour le concubin
- copie du contrat de PACS pour le partenaire pacsé
- certificat d'hérédité ou acte ou attestation notarié pour les autres ayants-droit

**ET je précise impérativement le motif de ma demande (Seules peuvent être transmises les pièces en lien avec le motif invoqué) :**

- Connaître les causes de la mort  Défendre la mémoire du défunt (\*)  Faire valoir mes droits (\*)
- Obtenir des informations en cas d'examen génétique au sein d'une famille

(\*) Préciser les motifs : .....

*Vous pouvez passer à  
la phase 3*



### PRECISER LA NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES (SAUF AYANT-DROIT) (PHASE 3)

- Je souhaite accéder à l'intégralité du dossier
- Je ne souhaite pas obtenir l'intégralité du dossier, mais uniquement :
  - le compte-rendu d'hospitalisation
  - le compte-rendu de consultation
  - les résultats d'examens (je précise lesquels) : .....
  - le compte-rendu d'imagerie médicale
  - le dossier paramédical
  - le dossier social
  - d'autres documents (je précise lesquels) : .....

### RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DES INFORMATIONS MEDICALES (PHASE 4)

Nom du ou des services de soins  
(Service d'hospitalisation ou de consultation)

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation

.....  
.....

.....  
.....

### MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS (PHASE 5)

Conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique et la décision de la Cour de justice de l'Union européenne du 26/10/2023, **toute première demande de dossier est gratuite, à l'exception des demandes adressées par les ayants-droit.**

« **Lorsque les demandes d'une personne concernée sont manifestement infondées ou excessives, notamment en raison de leur caractère répétitif, le responsable du traitement peut exiger le paiement de frais raisonnables qui tiennent compte des coûts administratifs supportés pour fournir les informations, procéder aux communications** » (article 12 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016).

- Je choisis la consultation du dossier sur place
  - Je souhaite un accompagnement médical pour la lecture du dossier : merci de prendre rendez-vous auprès du secrétariat du service.

OU

- Je désigne comme intermédiaire le médecin de mon choix et je demande l'envoi des copies à son cabinet

Nom et prénom du médecin : .....

Adresse : .....

OU

- Je demande l'envoi des copies à mon domicile (par lettre recommandée avec accusé de réception)

Adresse .....

### DELAI DE COMMUNICATION

Le dossier médical ne pourra vous être communiqué au plus tôt qu'après l'observation d'un **délaï de réflexion de 48 heures suivant la réception de votre demande complète.**

L'établissement dispose d'un délai de **8 jours** pour vous transmettre les documents demandés.  
Ce délai est porté à **2 mois** si les informations médicales datent de plus de 5 ans.

### ATTESTATION (PHASE 6)

Je soussigné(e) **M. / Mme** .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé.

Fait à .....

Le .....

**Signature obligatoire**