

## Formulaire d'exercice de droit sur les données personnelles auprès du centre d'imagerie médicale : Groupe RX

Conformément à l'article L1111-7 du code de la santé publique, vous avez un droit d'accès aux données de santé vous concernant. Les demandes concernant des données de santé **ne seront pas transmises par mail** pour des raisons de sécurité.

Les données transmises via ce formulaire ont pour responsable de traitement le groupe RX, société créée de fait des radiologues Barats, Bartoli et associés. Si vous souhaitez avoir plus d'information sur le traitement de ces données, adressez-vous à notre service de protection des données : [RGPD@rx-infomed.com](mailto:RGPD@rx-infomed.com).

### IDENTITE DU DEMANDEUR

Madame       Monsieur

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

En ma qualité de :

Patient     Représentant légal (père et Mère ou Tutelle)     Ayant-droit

### IDENTITE DU PATIENT

(Si différente du demandeur).

Madame       Monsieur

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

### DONNEES CONCERNEES

Compte-rendu     Imageries Médicales     Codes de diffusion de l'examen

➤ Examen(s) concerné(s) :

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Type d'examen : \_\_\_\_\_  
 Type d'examen : \_\_\_\_\_  
 Type d'examen : \_\_\_\_\_  
 Type d'examen : \_\_\_\_\_  
 Type d'examen : \_\_\_\_\_

## MODALITES

➤ Restitution des copies<sup>1</sup>:

Remise en main propre (le cas échéant frais de reproduction)

Par envoi postal (les frais d'envoi s'ajoutent à ceux de reproduction) :

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

➤ Format souhaité pour l'obtention des images :

CD- ROM  et/ ou Impression des images

➤ Transmission à mon médecin traitant :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse Électronique sécurisée \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Ou lieu d'exercice : \_\_\_\_\_

➤ Demande d'ayant droit<sup>2</sup> :

- Motivation (obligatoire) :

Connaitre les raisons du décès

Défendre la mémoire du défunt (Précision nécessaire)

Faire valoir ses droits (Précision nécessaire)

Précision \_\_\_\_\_

### <sup>1</sup> Frais à la charge du demandeur :

Conformément à l'article L1111-7 du code de la santé publique : les frais de reproduction des données médicales et les frais d'envoi restent à votre charge.

Dossier Complet (CD-ROM + Images) : 4 € par examen

CD- ROM ou Images : 2 € par examen

Les comptes rendus et codes de diffusion sont imprimés gratuitement, les frais de transmission par voie postale sont ceux du tarif en vigueur.

<sup>2</sup> Conformément à l'article L1110-4 du Code de la santé publique, la communication de ses éléments pourra être réalisée uniquement si la personne concernée ne s'y est pas opposée de son vivant.

## JUSTIFICATIFS

Les justificatifs servent à assurer la gestion des demandes ainsi que la délivrance conforme des données de santé aux bonnes personnes. Il convient ainsi de joindre à votre demande :

Patient : copie recto-verso d'un titre d'identité en cours de validité.

Représentant d'un mineur : (1) copie recto-verso de la carte d'identité du parent et du mineur, (2) copie du livret de famille ou justificatif attestant de la qualité de titulaire de l'autorité parentale.

Représentant d'un patient sous tutelle : (1) copie recto-verso de la carte d'identité du représentant et du patient sous tutelle et (2) copie du jugement de tutelle.

Ayants-droits : (1) copie recto verso de la carte d'identité du demandeur, (2) copie de l'acte de décès, (3) **pour les enfants et conjoint non-divorcé** une copie du livret de famille, pour les **autres ayants droits** : attestation de la qualité de successeur légal du défunt (Certificat d'hérédité à demander à la mairie ou au notaire).

Cas particulier d'une personne mandatée : (1) copie d'identité du mandataire, (2) copie de l'identité du mandant, (3) justificatifs demandés ci-dessus en fonction de la qualité du demandeur, (4) mandat donnant le droit d'agir (autorisation écrite donnant droit au mandataire de récupérer les données médicales).

## RGPD

Données administratives uniquement.

Les données de santé connaissent des obligations différentes dues à leur sensibilité, l'ensemble des droits sont précisés précédemment. La transmission des données « administratives » permettant la prise de rendez-vous est un traitement soumis au Règlement européen relatif à la protection des données, et se fonde sur le contrat de soins qui nous lie.

- Demande d'accès aux données (copie des données conservées)
- Demande de rectification aux données lorsqu'elles sont inexactes ou erronées
- Demande d'effacement de vos données lorsqu'elles ne sont plus nécessaire au regard de la finalité de leur traitement
- Demande de limitation du traitement de données

Les demandes liées aux données administratives sont gratuites conformément au RGPD, sauf en cas d'abus de droit. (Demande répétitives).

Détail de la demande \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Modalité de transmission de ces données :

Courriel  Récupération en main propre

Délai de récupération des données <sup>1</sup>:

- 8 jours pour les données de santé si l'examen a été effectué il y a moins de 5 ans.
- 1 mois si la demande concerne des données administratives (permettant la prise de rendez-vous).

Ce formulaire est à retourner dûment complété, daté et signé, et accompagné du ou des justificatifs requis, et vous engage au paiement des éventuels frais de reproduction et d'envoi des données médicales (facture transmise avec le dossier patient).

**Adresse pour envoi postal :**

Pour le service de l'Union :

Service de Radiologie de la clinique de l'union,

Boulevard Ratalens, 31240 Saint-Jean.

Pour le service de Pasteur :

Service de radiologie de la clinique  
Pasteur,

45 avenue de Lombez, 31076 Toulouse

Je soussigné :

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

Le traitement de données a pour objet de faciliter l'exercice de vos droits conformément au règlement européen à la protection des données. Le formulaire sera supprimé à la réalisation du paiement des éventuels frais d'envoi et de reproduction.

Pour plus d'information vous pouvez vous adresser au service de protection des données personnelles du groupe RX : [RGPD@rx-infomed.com](mailto:RGPD@rx-infomed.com)

**Attention :** Ne transmettez pas ce formulaire rempli par mail, cela comporte des risques pour votre vie privée.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés.

---

<sup>1</sup> Conformément à l'article L.1111-7 du code de la santé publique et article 12 du RGPD.