

Demande de communication de documents médicaux

Je, soussigné(e), M. / Mme / Mlle (*nom, prénom ; pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille*) :

Né(e) le : _____ Tél. : _____

Domicilié(e) : _____

Le cas échéant : père, mère, représentant légal, mandataire, ou ayant droit de :

(*nom, prénom du patient*) _____ Né(e) le : _____

demande à obtenir communication de la copie des documents suivants :

le compte rendu de l'hospitalisation du : _____ au _____

les pièces essentielles du dossier médical

autres documents : _____

Ces documents établi(s) par l'hôpital concernent :

moi-même* une autre personne** : _____

(*mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal, le mandataire ou l'ayant droit*)

*Joindre obligatoirement une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité

**Joindre, en plus de la copie de votre pièce d'identité tout document attestant de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit du patient, ou le mandat exprès. Sans ces justificatifs aucune suite ne pourra être donnée votre demande.

selon les modalités suivantes :

remise sur place à l'hôpital

(*prendre rendez-vous avec le service en précisant si vous souhaitez la présence d'un médecin en particulier*)

envoi postal à M., Mme, Mlle (*nom, prénom, adresse*) : _____

envoi postal au Docteur (*nom, prénom, adresse*) : _____

NB Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation

Motif de la demande :

(*à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation, pour le dossier d'un patient décédé*) :

Date :

Signature :

Renseignements facilitant la recherche du dossier :

(*dates de l'hospitalisation, service d'hospitalisation, n° d'identification*)