

## Demande de communication de documents médicaux

**Je, soussigné (e)** (nom, prénom ; pour les femmes mariées, précisez le nom de naissance) :

M / Mme / Mle \_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_