



Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et nous le retourner signé, accompagné de la copie des pièces justificatives.

Identité du demandeur

Nom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
Nom de jeune fille	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
		Mail	<input type="text"/>

Identité du patient (si différent du demandeur)

Nom	<input type="text"/>	Nom de jeune fille	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>

Informations relatives à la prise en charge

**!** Merci d'indiquer tous les services dont vous souhaitez le dossier correspondant, notamment, le cas échéant, celui des urgences.

<input type="checkbox"/> Hospitalisation(s)	<input type="checkbox"/> Consultation(s)
Service(s) concerné(s)	Service(s) concerné(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date(s) ou année(s)	Date(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Qualité du demandeur

Pièces justificatives à fournir par le demandeur

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Patient  | <input type="checkbox"/> Copie de la pièce d'identité recto-verso (carte d'identité passeport, permis de conduire)  |
| <input type="checkbox"/> Représentant légal ayant l'autorité parentale  | <input type="checkbox"/> Copie de la pièce d'identité recto-verso <b>du patient et du demandeur</b>   |
| <b>!</b> La loi ne prévoit pas l'accès direct du dossier au mineur lui-même.  | <input type="checkbox"/> Copie du livret de famille   |
|   | <input type="checkbox"/> Copie du jugement relatif à l'autorité parentale si les parents sont divorcés ou séparés   |
| <input type="checkbox"/> Ayant-droit (en cas de demande pour un patient décédé)   | <input type="checkbox"/> Copie de la pièce d'identité recto-verso <b>du défunt et du demandeur</b>  |
| <b>Préciser le lien avec le patient :</b><br>.....  | <input type="checkbox"/> Copie du livret de famille <b>si le demandeur est le conjoint ou l'enfant du défunt ou le parent d'un mineur décédé</b>  |
| <b>!</b> La communication des éléments du dossier médical ne peut s'effectuer si le patient, de son vivant, s'y est opposé. | <input type="checkbox"/> Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS pour le <b>partenaire civil</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> Copie de l'acte notarié ou du certificat d'hérédité attestant la qualité d'ayant droit <b>pour les autres demandeurs</b> (frère, soeur, père, mère, oncle, tante...) |
|   | <input type="checkbox"/> Certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée par les deux concubins <b>pour le concubin du patient décédé</b>              |
| <input type="checkbox"/> Tuteur, mandataire judiciaire  | <input type="checkbox"/> Copie de la pièce d'identité recto-verso <b>du patient et du demandeur</b>   |
| <input type="checkbox"/> Tiers mandataire   | <input type="checkbox"/> Copie de la mesure de tutelle <b>pour le tuteur</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> Copie du mandat exprès (prenant la forme d'une attestation signée par le patient et autorisant le demandeur à accéder au dossier) <b>pour le tiers mandataire</b>    |

**!** Pour les ayants-droit d'un patient décédé, le Code de la Santé Publique ne prévoit pas l'accès à l'intégralité du dossier médical. Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical permettant de répondre au motif invoqué.

Déterminer les causes du décès

Défendre la mémoire du patient

Préciser : \_\_\_\_\_

Faire valoir ses droits

Préciser : \_\_\_\_\_

**Documents souhaités**

**Veillez cocher les éléments demandés**

Intégralité du dossier

ou

Certains éléments du dossier uniquement :

Compte-rendu de l'hospitalisation

Compte-rendu de consultation

Compte-rendu opératoire

Compte-rendu d'accouchement

Dossier d'anesthésie

Dossier de soins infirmiers

Résultats d'imagerie :

Scanner

IRM

Radios

Résultats d'examen :

Biologie

ECG

Doppler

Fibroscopie

Echographie

Autres (Préciser) : .....

**Modalités de communication**

**Choisissez le mode de communication de la copie de votre dossier médical**

Remise en main propre au patient

Remise en main propre à un tiers contre **mandat exprès et pièce d'identité**  
Préciser les noms et prénoms du tiers : .....

Envoi postal en lettre recommandée avec accusé de réception :

Envoi à mon adresse

Envoi au Docteur (nom, prénom, adresse) : .....

Consultation sur place (un médecin sera disponible dans l'établissement pour répondre à vos interrogations)

**!** Si, après un délai d'1 an, vous n'êtes pas venu retirer les copies de votre dossier médical, elles seront détruites.

**Tarifs :** Conformément à la réglementation en vigueur, la copie et, le cas échéant, l'envoi des éléments de votre dossier médical, sont facturés comme suit : 0,18 € la photocopie recto ; 0,35 € la photocopie recto/verso ; 1,90 € la photocopie hors format ; 0,55 € la photocopie de radio ; 4,35 € le contretypage de radio ; 2,75 € le CD-Rom d'images scénographiques ; 7,25 € l'envoi en recommandé avec accusé de réception.

Déclare avoir pris connaissance et accepter ces conditions de communication

A : ..... Le : .....

Signature :