

# DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

## Identité du demandeur

Je soussigné(e) M<sup>me</sup>/M.

NOM ..... Prénom.....

né(e) le .....

domicilié(e) .....

Agissant en tant que :  patient(e)

représentant légal de : (nom-prénom)

ayant-droit de .....

né(e) le ..... décédé(e) le .....

**MOTIF** : si le patient dont le dossier est demandé est décédé, préciser en quelques lignes le motif de la demande de communication (recherche des causes de la mort, défense de la mémoire du défunt, faire-valoir les droits des ayants-droits) : .....

## Demande la communication des documents suivants :

Compte-rendu d'hospitalisation période du ..... au .....

Compte-rendu de consultation période du ..... au .....

Autre document à préciser .....

Dossier dans son ensemble

## Transmission selon l'UNE des modalités suivantes :

Je choisis la consultation sur place avec commentaire des informations par un médecin hospitalier, **OU**

Je demande l'envoi postal à mon domicile (photocopies sont à la charge du demandeur), **OU**

Je désigne le Docteur : (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques), comme intermédiaire.

Pour toute demande, joindre au présent formulaire une photocopie de la **pièce d'identité** du demandeur (carte d'identité, passeport)

Pour toute demande formulée par un représentant légal, joindre en plus une **copie du livret de famille** ou le cas échéant une copie de **l'ordonnance rendue par le juge des tutelles**

Pour toute demande formulée par un ayant-droit, joindre en plus une **copie de l'acte de décès** du patient et toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant droit

## Tarif par page

Format A4 : 1 photocopie : 0,11 euros - de 2 à 10 photocopies : 0,08 euros - plus de 10 photocopies : 0,05 euros

Format A3 : 1 photocopie : 0,17 euros - de 2 à 10 photocopies : 0,12 euros - plus de 10 photocopies : 0,08 euros

## **Date et signature**