

**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, vous devez motiver votre demande par l'un des motifs légaux obligatoires suivants : - Rechercher les causes de la mort, - Défendre la mémoire du défunt ou – faire valoir vos droits en tant qu'ayant droit :

**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

**Tarifs** : 0,18 euros par photocopie**Date et signature**