**Demande de communication de documents médicaux**

Je soussigné(e), NOM ………………………………………….… Prénom………………………………………….

Nom de jeune fille ………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ à ………………………………………….. , département

Domicilié(e) à.……………………………………………………………………………………………………….....

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de SS : ………………………………………………………………………

1. **Demande communication de la copie de mon propre dossier médical (allez au 3)**

**Je joins le justificatif d’identité suivant :**

* Copie de ma carte d’identité
* Copie de mon permis de conduire
* Copie de mon livret de famille
1. **Demande communication du dossier médical de :**

NOM ………………………………………….… Prénom………………………………………….

Nom de jeune fille ………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ à ………………………………………….. , département

J’ai la qualité suivante :

* **Titulaire de l’autorité parentale** (consentement écrit du mineur + livret de famille)
* **Délégataire de l’autorité parentale** (décision du juge aux affaires familiales)
* **Tuteur** (ordonnance du juge des tutelles)
* **Ayant droit** (justificatif à fournir)

Motif de la demande pour les ayants droit, en application de l’article L.1110-4 du Code de la santé publique :

* *Connaître les causes de la mort*

A renseigner obligatoirement pour les ayants droit

* *Défendre la mémoire du défunt*
* *Faire valoir les droits*
1. **Voici les références du/des séjours et des services sur lesquels portent les pièces demandées:**
* **Je souhaite avoir les pièces de mon dossier médical correspondant aux séjours suivants :**
	+ préciser la ou les périodes d’hospitalisation ……………….………………….…………………………
* **Je souhaite avoir la totalité de la copie de mon dossier médical**
1. **Voici la nature des pièces demandées :**
* Comptes rendus opératoires
* Correspondances entre professionnels
* Résultats d’examens
* Dossier d’anesthésie
* Dossier infirmier
* Autres, à préciser……………………………..
1. **Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales**
* ***Je demande à venir consulter sur place le dossier médical :***

*Afin de fixer un rendez-vous pour la consultation, je souhaite être contacté au numéro :* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

* ***Je demande que la copie du dossier médical soit adressée à*** *(cout de la reprographie et envoi à la charge du demandeur)*
	+ moi-même
	+ un médecin, à l’adresse suivante………………………………………………………………………
* ***Je viendrai retirer moi-même le dossier***
1. **Attestation**

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle………………………………………………………………………………………

* certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements ci-dessus.
* et accepte de prendre en charge les frais de reproduction (15€ de forfait + 0,40€ par photocopie). Ce coût comprend la recherche du dossier, la préparation des documents et l’envoi éventuel en recommandé avec accusé de réception.

Signature demandeur Réception en date du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature Clinique :