



Centre Hospitalier de
St Marcellin

IMPRIME

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE
DOSSIER MEDICAL**

Réf : DROIT

Date d'application:
29/09/2016

Rédigé par
C. PELLERIN,
Responsable administrative

V. 1

Page 1/3

Je soussigné(e), Nom : Prénom(s) :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : à

Domicilié(e) à :

.....

.....

Tél :

.....

1. Demande communication de la copie de mon propre dossier médical

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
- ❖ Autre, à préciser :

2. Demande communication du dossier médical de :

Nom : Prénom(s) :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : à

J'ai la qualité suivante :

- ⇒ **Personne ayant autorité parentale** Père Mère
 - Fournir une copie de votre carte d'identité
 - Fournir une copie du livret de famille
 - En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales

- ⇒ **Personne en charge de l'exercice de la mesure de protection juridique habilitée à la représenter ou à l'assister**
 - Fournir le Jugement de la mesure de protection juridique

⇒ **Ayant droit, concubin ou partenaire de PACS en cas de décès**

- Fournir une copie de votre carte d'identité
- Fournir le justificatif de cette qualité (livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité, contrat particulier, copie du PACS, certificat de vie commune ou de concubinage délivrée en mairie etc.....)
- 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
- Défendre la mémoire du défunt (*) (à préciser) :
-
- Droits à faire valoir (*) (à préciser) :
-

(*) Fournir les documents utiles

3. 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 :

- Service(s) :
- Période(s) d'hospitalisation (préciser la ou les périodes) :
.....
.....

4. Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales

4.1 - Je demande à venir consulter sur place le dossier médical :

- Je serai seul accompagné d'une tierce personne ou d'un médecin
- Je prends acte du fait que je bénéficierai de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales, que je pourrai me faire remettre copie des documents médicaux que je mentionnerai

4.2 - Afin de fixer un rendez-vous pour la consultation du dossier médical, je souhaite être contacté(e) à l'adresse suivante :

.....
.....

☎ Téléphone : ✉ Email :

4.3 - Je demande que la copie du dossier médical soit adressée à :

- Moi-même à l'adresse suivante :

.....

.....

- Un médecin, à l'adresse suivante :

.....

.....

4.4 - Je reviendrai moi-même retirer le dossier

5. 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 et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé des documents médicaux que je pourrai demander.

6. Tarif des copies des documents médicaux

- 30 centimes la photocopie
- Non facturable si seuil < 15€

Fait à

Le

Signature du demandeur