

## DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER PATIENT

PATIENT	DEMANDEUR (si différent du patient)
Nom de naissance : .....	Nom de naissance : .....
Nom d'usage : .....	Nom d'usage : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Tél. : .....	Tél. : .....
E-mail : .....	E-mail : .....

QUALITE DU DEMANDEUR	JUSTIFICATIFS A FOURNIR
<b>Patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour)</li> </ul>
<b>Personne en charge de l'exercice de la mesure de protection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour)</li> <li>◆ Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de personne en charge de la mesure de protection</li> </ul>
<b>Ayant-droit d'un patient décédé :</b>  <small>Attention : sauf volonté contraire exprimée par le défunt avant sa mort</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour)</li> <li>◆ Copie du livret de famille</li> <li>◆ Copie de l'acte de notoriété ou du certificat d'hérédité attestant que vous êtes un successeur légal ou testamentaire du défunt.</li> </ul> <p style="margin-top: 10px;"><b>PRECISER IMPERATIVEMENT le motif de la demande :</b></p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> les causes de la mort  ou  <input type="checkbox"/> défendre la mémoire du défunt (dans ce cas merci de préciser le contexte de votre demande)  ou  <input type="checkbox"/> faire valoir un propre droit (dans ce cas merci de préciser le contexte de votre demande) </p>

# DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER PATIENT

## INFORMATIONS DEMANDEES

**L'ensemble du dossier**

**Sinon précisez :**

**Séjour** du ..... au .....

dans le service : ..... avec le Dr .....

ou

**Pièces du dossier** correspondant à :

l'hospitalisation du ..... au .....

dans le service : ..... avec le Dr .....

Pièces (préciser) : .....

.....

.....

.....

**Attention :** En ce qui concerne les ayants droit, le concubin, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, seules les pièces permettant de répondre à la demande peuvent être transmises.

# DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER PATIENT

## MODALITES DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DEMANDEES

<p><b>Consultation sur place</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Seul</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnement médical</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnement d'une tierce personne</p>
<p><b>Copies</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Remises sur place</p> <p><input type="checkbox"/> Envoi en recommandé avec accusé de réception à mon adresse</p> <p><input type="checkbox"/> Envoi en recommandé avec accusé de réception au médecin désigné ci-dessous :</p> <p>NOM : .....</p> <p>ADRESSE : .....</p> <p>.....</p>

Fait à .....

Le.....

Signature du demandeur :

**DOCUMENT À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :**

Monsieur le Directeur Délégué  
Centre Hospitalier  
280 chemin des Martins – BP 11  
38380 SAINT LAURENT DU PONT