

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
Patient	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour)
Personne en charge de l'exercice de la mesure de protection	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour) ◆ Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de personne en charge de la mesure de protection
Ayant-droit d'un patient décédé : <small>Attention : sauf volonté contraire exprimée par le défunt avant sa mort</small>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour) ◆ Copie du livret de famille ◆ Copie de l'acte de notoriété ou du certificat d'hérédité attestant que vous êtes un successeur légal ou testamentaire du défunt. <p>PRECISER IMPERATIVEMENT le motif de la demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> <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)

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

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

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