

## DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

### Patient concerné :

NOM .....PRENOM : .....

Nom de jeune fille .....

né(e) le : .....à .....

domicilié(e) à : .....

### **Demande communication de la copie de mon dossier médical. Je joins le justificatif d'identité suivant :**

- ♦ copie de ma carte nationale d'identité .....
- ♦ copie de mon permis de conduire .....
- ♦ copie de mon passeport .....
- ♦ copie de mon livret de ma famille .....
- ♦ Autre, précisez .....

### Demandeur différent du patient :

NOM .....PRENOM : .....

Nom de jeune fille .....

Né(e) le : .....à .....

En qualité de :

- ♦ **Titulaire de l'autorité parentale** .....  Père  Mère  
Fournir une copie du livret de famille, en cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales.
- ♦ **Déléataire de l'autorité parentale** .....   
Fournir la décision du juge aux affaires familiales.
- ♦ **Tuteur** .....   
Fournir l'ordonnance du juge des tutelles.
- ♦ **Ayant-droit :**
  - Conjoint  Frère-Sœur  Père-Mère
  - Enfant  Autre parent

Fournir le justificatif de cette qualité (livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité, contrat particulier).

Motif de la demande pour les **ayants-droit**, en application de l'art. L. 1110-4 du Code de la Santé Publique :

Droits à faire valoir :

- ♦ Droit à pension .....
- ♦ Droit à assurance .....
- ♦ Réparation d'un préjudice .....
- ♦ Autre .....

J'explicité ma demande comme suit .....  
.....

### **Préciser les références du/des séjours sur le(s)quel(s) portent les pièces demandées :**

Du ..... Au .....

Du ..... Au .....

**Préciser la nature des pièces demandées :**

- ♦ L'intégralité de mon dossier médical .....
- ♦ Le courrier de sortie / synthèse du séjour .....
- ♦ Les pièces jugées les plus significatives par le médecin coordonnateur .....
- ♦ Autre .....

**Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales :**

- ♦ **Je demande à venir consulter sur place les pièces demandées :**
  - Je serai seul(e) .....
  - Accompagné(e) d'une tierce personne .....
  - Accompagné(e) d'un médecin .....

Je prends acte du fait que je bénéficierai de l'accompagnement du Médecin Coordonnateur du Centre pour prendre connaissance des informations médicales, que je pourrai me faire remettre copie des documents médicaux que je mentionnerai.

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

.....  
.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

- ♦ **Je demande que la copie du dossier médical soit adressée à :**
  - Moi-même, à l'adresse suivante .....   
.....
  - Un médecin, à l'adresse suivante .....   
.....
- ♦ **Je viendrai retirer le dossier moi-même** .....

**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 avec accusé de réception des documents médicaux que je pourrai demander.

Date :                      Signature du demandeur

Ce document daté et signé par le demandeur est à retourner à :

