



## Demande de communication de documents médicaux par le patient ou son représentant

### Identité du patient

M./Mme (nom, prénoms ; pour les femmes mariées précisez le nom de jeune fille)

\_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Qualité du demandeur si différent du patient :** père<sup>1</sup> – mère<sup>1</sup> (si patient mineur), tuteur<sup>2</sup>, mandataire<sup>3</sup> (rayez la mention inutile)

M./Mme (nom, prénoms) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Demande à obtenir communication des documents suivants : (cochez la ou les cases et complétez)

Compte rendu d'hospitalisation (CRH) du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Pièces essentielles du dossier médical (Compte-rendu d'hospitalisation, opératoire, résultats des examens récents)

Autres documents, précisez : \_\_\_\_\_

**Selon les modalités suivantes :**

Envoi postal à l'adresse du demandeur

Remise sur place dans l'établissement

Envoi postal au docteur (nom, prénom, adresse) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Renseignements complémentaires facilitant la recherche (dates de l'hospitalisation, nom du médecin ayant suivi le patient)

\_\_\_\_\_

**Date :**

**Signature :**

**Pièces justificatives :**

Joindre une copie d'une pièce d'identité au nom du patient (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur/représentant légal/mandataire auxquelles s'ajouteront le cas échéant :

<sup>1</sup> la copie du livret de famille

<sup>2</sup> la copie du jugement de tutelle

<sup>3</sup> un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical

Les frais de copie et d'envoi sont facturés 20 euros