

Demande de communication de dossier médical par un ayant droit

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, Mademoiselle (1):

Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : ____/____/____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : ____/____/____/____/____

Souhaite les éléments du dossier médical de :

Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : ____/____/____

Séjour concerné:

Date d'hospitalisation : _____

Service d'hospitalisation : _____

Médecin ayant pris en charge le patient : _____

En conformité avec l'article 7 du décret du 30/4/2002, veuillez préciser le motif de votre demande :

- Connaître les causes de la mort
- Autres motifs : joindre un rapport décrivant vos motivations

Désirez-vous ?

- 1) Recevoir les photocopies du dossier médical à votre domicile
- 2) Venir chercher les photocopies du dossier médical dans le service
- 3) Consulter le dossier médical sur place avec accompagnement médical

Tarif :

Conformément aux dispositions du décret du 30/04/2002, les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur :

- photocopies de documents : 0,20 € l'unité
- CD d'imagerie : 3,00 € l'unité
- tarif en vigueur pour l'envoi des documents (recommandé avec accusé de réception).

Si le mode de communication du dossier médical n'est pas indiqué, les photocopies du dossier médical vous seront adressées à votre domicile (les frais de reproduction et d'envoi restent à votre charge).

(1) Pièces à joindre obligatoirement :

- photocopie de votre carte d'identité
- justificatif de votre statut d'ayant droit : livret de famille complet pour les conjoints mariés, pour les autres personnes fournir un acte notarié.
- certificat de décès de la personne dont vous demandez le dossier.

Lu et approuvé,

Signature de l'ayant droit

A, _____ , le