

Je soussigné(e), NOM..... Prénom.....
Nom de jeune fille.....
Né (e) leà.....
Domicilié (e).....
.....
Téléphone : __ / __ / __ / __ / __ - E mail :.....@.....

- ***Demande de communication de la copie de mon propre dossier médical.***

⇒ Joindre la photocopie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)

- ***Demande de communication du dossier médical de :***

NOM..... Prénom.....
Nom de jeune fille.....
Né (e) leà.....

J'ai la qualité suivante :

- **Représentant légal du mineur** Père Mère
 - ⇒ Fournir copie du livret de famille
 - ⇒ En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge des affaires familiales
 - ⇒ Joindre la photocopie de votre carte d'identité en cours de validité (recto-verso)

- **Représentant légal du majeur sous tutelle**
 - ⇒ Joindre la photocopie de la décision du juge des affaires familiales

- **Ayant droit d'un patient décédé**
Conjoint, Concubin, ou partenaire lié par un acte civil de solidarité
Père, Mère Enfant Autre

- ⇒ Joindre photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto-verso) au nom du demandeur
- ⇒ Fournir copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans un des services du Centre Hospitalier de Saint-Calais
- ⇒ Pour le conjoint et enfants : fournir la copie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient, ou l'acte de naissance intégral
- ⇒ Pour le partenaire du PACS ou le concubin : fournir éléments prouvant la situation (copie du PACS ou attestation sur l'honneur des 2 concubins)
- ⇒ Pour toutes autres personnes, fournir une copie d'un document attestant la qualité d'ayants droit est nécessaire (attestation notariale, certificat d'hérédité...)

→ Pour les ayant – droits, en application de l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique :
indiquer le motif de la demande

- **Connaître les causes de la mort**.....
- **Défendre la mémoire du défunt**.....
- **Droits à faire valoir :**
- droit à pension
- droit à assurance
- réparation d'un préjudice.....
- autre à préciser.....

→ **J'explicité ma demande comme suit :**

.....
.....
.....

1 - Références du / des séjours et du / des services sur lesquels portent les pièces demandées :

Je souhaite avoir les pièces du dossier médical correspondant au (x) séjour(s) suivant (s) :

Service (s).....

Période (s) d'hospitalisation

2 - Nature des pièces demandées :

- la totalité de la copie du dossier médical.....
- les comptes rendus
- les clichés de radiologie
- Autres (préciser)

3 - Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales :

3.1 Je demande à venir consulter le dossier médical sur place

Je souhaite bénéficier de la présence du médecin que l'établissement met à disposition un médecin pour m'accompagner dans la lecture du dossier oui non

Je serai :

- seul (e)
- accompagné (e) d'une tierce personne
- accompagné (e) d'un médecin désigné par mes soins

Je prends acte du fait que je pourrai me faire remettre copies des documents médicaux que je mentionnerai et que ces copies seront facturées.

3.2 Je souhaite l'envoi de la copie du dossier médical

Je demande que la copie du dossier médical soit adressé à :

- moi-même, à l'adresse suivante

.....
.....

- un médecin, à l'adresse suivante

.....
.....

- je viendrai moi-même retirer le dossier

4 – Attestation

Je soussigné (e) M, Mme, Melle,

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,

- Accepte de prendre en charge les frais d'envoi postal (lettre ou colis recommandé avec accusé de réception)

J'ai bien noté que la copie du dossier médical me sera remise ou adressée par le Centre Hospitalier de SAINT- CALAIS à réception du paiement dont le montant m'aura été communiqué.

Date et Signature du demandeur