

Je soussigné(e), **NOM**.....**Prénom**.....  
**Nom de jeune fille**.....  
**Né(e) le** :.....**à**.....  
**Domicilié(e) à**.....  
.....

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

- Copie de ma carte d'identité
- Copie de mon passeport
- Copie de mon livret de famille
- Copie de mon permis de conduire.

**2. Demande communication du dossier médical de :**

**NOM** :.....**Prénom** :.....  
**Nom de jeune fille** :.....  
**Né(e) le** :.....**à**.....

J'ai la qualité suivante :

- Titulaire de l'autorité parentale**..... **Père ou Mère** (cocher)
  - 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 Enfant Frère Sœur Père Mère Autre parent.....(rayer mentions inutiles)
  - 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'article L.1110-4 du code de santé publique :
    - *connaître la cause de la mort*
    - *défendre la mémoire du défunt*
    - *droit à faire valoir :*
      - droit à pension*
      - droit à assurance*
      - réparation d'un préjudice*
      - autre à préciser.*

**J'explique ma demande comme suit :**

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

**3. Voici les références du ou des séjours et des services sur lesquels portent les pièces demandées :**

Périodes d'hospitalisation.....  
Services :.....

**4. Voici la nature des pièces demandées :**

- Résultats d'examens
- Comptes rendus de consultations
- Comptes rendus d'explorations
- Comptes rendus d'hospitalisation
- Protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre
- Correspondance entre professionnel de santé.

(NB : La consultation des clichés radiologiques n'est possible que sur place ; l'hôpital ne pouvant les dupliquer).

**5. Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales.**

**5.1** Je demande à venir consulter sur place le dossier médical.

- Je serai seul.
- Accompagné d'une tierce personne
- Accompagné d'un médecin

Je prends acte du fait que je bénéficierai de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales, que je pourrais me faire remettre copie des documents médicaux que je mentionnerai.

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

.....  
Tel : .....

**5.3** Je demande que la copie du dossier médical soit adressée à :

- moi même à l'adresse suivante.....  
.....
- un médecin à l'adresse suivante .....  
.....

**5.4** Je viendrai moi même retirer le dossier

**6. Attestation**

Je soussigné (e) Mr ; Mme ; Melle.....

- ⇒ Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- ⇒ Accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé des documents médicaux que je pourrai demander.

**Pour information**

Tarif indicatif :

Pages de format A4 en impression noir et blanc : 0, 20 €  
Pages de format A4 en impression couleur : 0, 40 €  
Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception selon tarif poste.

Fait à : ..... Date : .....Signature du demandeur.