

	FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX	ENG: PCP / 202 Version n°1 Date d'application : 31/01/2011
---	---	--

Je soussigné(e), M. / Mme / Mlle / (nom, prénom, pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille)

Né(e) le à

Domicilié(e) à :

.....

Le cas échéant : père , mère , représentant légal , mandataire ou ayant droit

De : (nom, prénom du

patient).....

Né(e) le,.....

Pour les ayants droit, veuillez préciser le motif de votre demande (à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation, pour le dossier d'un patient décédé) :

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

Demande à obtenir communication de la copie des documents suivants :

Le compte rendu de l'hospitalisation du au.....

Les pièces essentielles du dossier médicale

Autres documents, à préciser.....

Etabli (s) par l'hôpital :

à mon nom au nom

(mon fils , ma fille , la personne dont je suis le représentant légal , le mandataire ou l'ayant droit)

Selon les modalités suivantes :

Remise sur place à l'hôpital au tarif en vigueur (prendre rendez-vous avec le service en précisant si vous souhaitez la présence d'un médecin en particulier)

Envoi postal à M. / Mme / Mlle / en recommandé accusé réception, au tarif en vigueur (nom, prénom, adresse)

.....

Envoi postal au Docteur / (nom, prénom, adresse).....

.....

Motif de la demande :

Date : **Signature du demandeur**

Renseignements facilitant la recherche du dossier (date de l'hospitalisation, service d'hospitalisation, n° d'identification) :

.....

.....

.....

- Pour un envoi postal, joindre une photocopie de votre pièce d'identité et s'il y a lieu de tout document attestant de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit, ou le mandant exprès
- Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation