

	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