

## DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER D'HOSPITALISATION

### A) IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) **Mme/Mlle/M** (nom, prénom, et nom de jeune fille):

Né(e) le : ..... Tél (indispensable):.....

Domicilié(e):.....

Agissant en tant que:

**Patient**

**Représentant légal** (mère, père, tuteur) en l'absence de désaccord express du mineur.

Nom et prénom du mineur ..... né(e) le .....

**Ayants droit de:** (nom, prénom et nom de jeune fille) .....

..... né(e) le ..... décédé(e) le.....

Pour les ayants droit préciser le motif de la demande : .....

### B) DEMANDE DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

le ou les **comptes rendus d'hospitalisation** du ..... au.....

**autre document** (à préciser) .....

le **dossier complet** (dates d'hospitalisation : .....

### C) RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES, facilitant la recherche

Date de naissance du patient:.....

Date d'hospitalisation:..... Service.....

Nom du médecin:..... Nom de l'Établissement:.....

### D) MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

**Consultation sur place** (prendre rendez-vous auprès de la Direction (04.37.54.40.03), en précisant si vous souhaitez la présence d'un médecin).

**Envoi postal à mon domicile**

**Envoi postal au médecin intermédiaire** (nom, prénom, adresse et n° téléphone du médecin)

.....

Le présent formulaire doit être dûment rempli et signé, accompagné **OBLIGATOIREMENT de la photocopie de la pièce d'identité du demandeur, ainsi que pour:**

– **les représentants légaux d'un mineur:** une photocopie de tout document attestant de leur autorité parentale (livret de famille, jugement, etc).

– **les représentants légaux d'un majeur sous tutelle:** une copie du jugement leur confiant la tutelle,

– **les ayants droit d'un patient décédé:** une copie de tout document attestant de la qualité d'ayants droit (attestation notariale, etc).

Demande faite le:..... à ..... Signature: