

Formulaire de demande de communication de dossier médical pour un représentant légal

(Réglementation : Article L. 1111-7 et R. 1111-7 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) du demandeur :

Né(e) le à

Domicilié(e).....

Demande la communication du dossier médical de (patient):

Mme, Melle, Mr.(Nom Prénom).....

Né(e) le..... à

Mme, Melle, Mr.(Nom Prénom).....

Né(e) le..... à

Mme, Melle, Mr.(Nom Prénom).....

Né(e) le..... à

Domicilié(e)

Copie(s) du justificatif de votre qualité d'ayant-droit (si besoin, la décision d'affectation de l'autorité parentale délivrée par un juge) du livret de famille, d'une pièce d'identité des deux parents et d'un justificatif de domicile de moins de trois mois (quittance de loyer, gaz, téléphone).

Souhaite consulter les documents suivants (renseignements facilitant la recherche du dossier):

l'ensemble des pièces communicables de mon dossier :

une partie des pièces communicables de mon dossier, précisez lesquelles :

Afin de mieux vous satisfaire, veuillez préciser les dates de séjours, service et nom du médecin

Date Service Médecin.....

Date Service Médecin.....

Date Service Médecin.....

Selon les modalités suivantes (sous réserve de l'avis du médecin hospitalier : la communication du dossier médical peut demander des précautions particulières) :

consultation sur place en présence d'un médecin avec envoi ultérieur des documents,

envoi postal des copies à mon domicile ;

envoi postal des copies à mon médecin traitant dont les coordonnées sont :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Les informations qui vous seront communiquées sont strictement personnelles, il vous appartient d'être vigilant pour prévenir le risque d'un usage non maîtrisé de leur diffusion vis à vis de tiers : (famille, entourage, employeur, banque, assurance)

CADRE RESERVE AU CENTRE HOSPITALIER HENRI LABORIT			
<p>A titre indicatif, les frais de photocopies et d'envoi postal sont à la charge du demandeur.</p> <p>La facture est adressée après envoi définitif du dossier.</p>			
		Nbre de photocopies (à remplir par le service de soins)	Coût
Dossier N°	Prix unitaire de la photocopie 0,18 €		
	Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception Tarif de la Poste		
	TOTAL DES FRAIS		

Signature du demandeur

Poitiers, le