





	Mode opératoire		N° diffusion BMS : 9412003 (Anc. ENR-DP-APD-002)		
	Dossier patient / Accès du patient à son dossier		Version : 05		
	Demande de communication de documents médicaux aux ayants droit		Date d'application : 17-01-2020 Page 1 sur 1		
					

(Application de la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002 et du décret n° 2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L 1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique)

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Né(e) le _____ Tél _____

Domicilié(e) _____

Code postal _____ Ville _____

⇒ Agissant en tant qu'ayant droit de :

(nom, prénom, nom de jeune fille) _____

Né(e) le : _____ décédé(e) le : _____

MOTIF DE LA DEMANDE (Dernier alinéa de l'article 1110-4)

connaître les causes du décès défendre la mémoire du défunt faire valoir mes droits

↪ Complément d'information sur le motif de la demande : _____

DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS * : (*Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation)

Consultation (date(s)) _____

Compte-rendu d'hospitalisation (date(s)) _____

Courrier de sortie (date(s)) _____

Renseignements facilitant la recherche du dossier (service d'hospitalisation, médecin) : _____

SELON LES MODALITES SUIVANTES :

Remise sur place à l'hôpital (prévenir la personne dès que les documents sont prêts)

Envoi postal à Mme, Mlle, M. (nom, prénom, adresse) _____

Envoi postal au docteur (nom, prénom, adresse) _____

Consultation sur place en présence d'un médecin hospitalier, accompagné(e) de la personne de mon choix

Date : ____ / ____ / ____

Signature : _____

Joindre : copie de votre pièce d'identité

certificat d'hérédité et/ou livret de famille

RESERVE AU SERVICE

* ■ Documents papier A4 (0,18 €) _____ exemplaires

■ Radiographies (2,50 €) _____ exemplaires
(à compléter par le service de radiologie)

■ CD ROM / DVD ROM (4 €) _____ exemplaires

■ Frais d'expédition _____
(envoi recommandé avec accusé de réception)

Fait le ____ / ____ / ____

CACHET DU SERVICE

ENVOI GROUPE
RETOUR A LA DIRECTION