





	Mode opératoire				N° diffusion BMS : 9412003
	Dossier patient / Accès du patient à son dossier				Version : 06
	Demande de communication de documents médicaux aux ayants droit				Date d'application : 10-01-2022 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 L1112-1 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 (à compléter par le service de radiologie)

- Format 20/25 cm (1,65 €) _____ exemplaires

- Format 25/30 cm (2,37 €) _____ exemplaires

■ CD ROM / DVD ROM (1 €) _____ exemplaires

■ Frais d'expédition _____

(envoi recommandé avec accusé de réception)

Fait le ____ / ____ / ____

CACHET DU SERVICE

ENVOI GROUPE
RETOUR A LA DIRECTION