





	Mode opératoire		N° diffusion BMS : 9412004		
	Dossier patient / Accès du patient à son dossier		Version : 08		
	Demande de communication de documents médicaux				Date d'application : 01-01-2024 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 que :

Patient

Représentant légal (père, mère, tuteur) de (nom, prénom) : _____ Né(e) le : _____

DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS * :

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

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

LES PIECES ESSENTIELLES DU DOSSIER MEDICAL :

imagerie médicale dossiers d'anesthésie de soins infirmiers résultats de laboratoires

Service(s) d'hospitalisation et/ou médecin(s) concerné(s) :

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) _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Joindre : copie de votre pièce d'identité

livret de famille ou jugement de tutelle (pour les personnes sous protection juridique), attestant de votre qualité de représentant légal du patient

RESERVE AU SERVICE

Fait le ____ / ____ / ____

ENVOI GROUPE
RETOUR A LA DIRECTION

CACHET DU SERVICE