



**Formulaire de demande de communication d'un dossier médical  
et / ou d'informations médicales d'un patient à un ayant droit**

(Article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique)

**IDENTITE**

Je soussigné(e) (NOM – Prénom) : .....

Né(e) le : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| à .....

Domicilié(e) au : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_| VILLE : .....

Numéro de ☎ : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ou ☎ : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**IDENTITE DU PATIENT**

Votre demande concerne :

NOM – Prénom : .....

Né(e) le : |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_| à .....

Décédé(e) le : |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_| à .....

Précisez le lien de parenté avec la personne décédée : .....

**NATURE DE LA DEMANDE**

*L'ensemble des informations contenues dans le dossier peut être consulté ou communiqué. Néanmoins, il ne vous est pas forcément nécessaire d'accéder à l'ensemble des dossiers. Afin de répondre précisément à votre demande et limiter le frais de reproduction, veuillez préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès.*

Ensemble du dossier médical

Partie du dossier médical correspondant à l'hospitalisation

du |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_| au |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Pièces particulières du dossier :

Lettre de sortie

Consultation d'anesthésie

Prescriptions

Autres, précisez.....

Compte-rendu opératoire

Examens biologiques

pour toutes les hospitalisations  pour une hospitalisation en particulier,

du |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_| au |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

**MODALITE DE CONSULTATION / COMMUNICATION**

*Vous pouvez soit consulter le dossier sur place en présence du médecin du département d'informations médicales, soit obtenir une copie de ce dossier (à vos frais), que vous pourrez venir récupérer à la Clinique, ou vous faire envoyer à votre domicile ou à l'adresse de votre médecin.*

**Souhaitez vous :**

consulter le dossier sur place (consultation gratuite)

une copie de votre dossier, que vous viendrez **récupérer à la Clinique** lors d'un rendez-vous

une copie de votre dossier, envoyée par **voie postale**.

L'envoi devra se faire :  à votre domicile

à l'adresse de votre médecin, précisez .....

.....

## PIECES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES

Pour obtenir une copie du dossier médical ou le consulter il faut justifier de votre identité et de vos liens de parenté avec la personne décédée ; veuillez donc nous faire parvenir (Attention : conformément à au décret n°2002 – 637 d u 29 avril 2002, les ayants droit peuvent être autorisés à consulter un dossier médical dans trois cas : pour **connaître les causes du décès**, pour **faire valoir leurs droits**, pour **défendre la mémoire du défunt**) :

- une copie de votre pièce d'identité
- une copie du livret de famille ou toute pièce justifiant vos liens avec la personne concernée
- un acte de décès

## FRAIS DE REPRODUCTION

*Si vous ne souhaitez qu'une consultation, cette rubrique ne vous concerne pas.*

Dans le cas d'une demande de copie de votre dossier médical, que vous viendrez récupérer à la Clinique du Diaconat lors d'un rendez-vous, les frais de reproductions s'élèvent à : \_\_\_\_\_ €

Si vous souhaitez un envoi postal de votre dossier, il est nécessaire d'ajouter aux frais de reproduction les frais postaux qui s'élèvent à **4,70 €** si vous souhaitez que l'envoi soit fait en recommandé avec accusé de réception ou \_\_\_\_\_ € si vous souhaitez recevoir votre dossier par courrier simple.

Fait à : .....

Signature :

Le : .....