



Demande de communication De documents médicaux

E01 – P HP AQ 48 – Indice 0

Création : 23.09.2010 MAJ : 01 10.2014

ACCORD DES TARIFS

J'ai pris connaissance des tarifs ⁽¹⁾ et je les accepte

⁽¹⁾ **La copie du dossier médical et son envoi par lettre recommandée sont facturables au demandeur**
Se référer au dépliant remis avec ce formulaire pour connaître les tarifs en vigueur

IDENTITE DU DEMANDEUR ⁽²⁾

Nom de naissance : Prénom :

Nom marital : Né(e) le :

Adresse :

..... Téléphone :

⁽²⁾ **joindre la photocopie d'une pièce d'identité recto-verso**

PARENT

Je suis détenteur (trice) de l'autorité parentale d'un enfant mineur ⁽³⁾

Nom de naissance : Prénom :

Né(e) le :

⁽³⁾ **joindre la photocopie du livret de famille et de la pièce d'identité recto-verso du demandeur
ou copie du jugement de divorce (exercice de l'autorité parentale partagée ou non)**

TUTELLE / CURATELLE

Je suis sous mesure de protection juridique : sous curatelle ⁽⁴⁾ sous tutelle ⁽⁵⁾

⁽⁴⁾ **joindre l'accord financier du curateur, la copie du jugement de curatelle et de la pièce d'identité recto-verso du demandeur**

⁽⁵⁾ **joindre la photocopie du jugement de tutelle et de la pièce d'identité recto-verso du tuteur**

AYANT DROIT / MANDATAIRE

Je suis ayant droit du (de la) patient(e) décédé(e) ⁽⁶⁾

NOM Prénom (Patient(e)) :

Date de naissance : / /

Je motive ma demande conformément à la législation :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt ⁽⁷⁾

Faire valoir mes propres droits ⁽⁷⁾

Je suis mandataire désigné par le(a) patient(e) ⁽⁸⁾ :né(e) le/..../.....

⁽⁶⁾ **joindre la copie du livret de famille (conjoint(e), descendants directs) ou une attestation d'hérédité rédigée par le notaire pour les autres héritiers + copie pièce d'identité recto-verso du demandeur**

⁽⁷⁾ **justifier le motif sur papier libre.**

⁽⁸⁾ **joindre le mandat exprès rédigé et signé par le(a) patient(e)**



Demande de communication De documents médicaux

E01 – P HP AQ 48 – Indice 0

Création : 23.09.2010 MAJ : 01 10.2014

MODALITES DE COMMUNICATION

- Récupération des documents souhaités sur place (*sur rendez-vous uniquement*)
 Par envoi postal ⁽⁹⁾ (*mode d'envoi par défaut*) :
 à moi-même
 à un médecin (**préciser ci-après ses coordonnées**)

Nom de médecin : Prénom :

Adresse : Téléphone :

- par consultation sur place gratuite (*sur rendez-vous uniquement*)

⁽⁹⁾ **envoi des copies par lettre recommandée et facturées au demandeur**

LES ELEMENTS SOUHAITES DU DOSSIER MEDICAL

Attention un dossier médical peut être volumineux, notamment en imagerie médicale, aussi, il est important d'en mesurer le coût potentiel et l'objectif visé.

- compte-rendu (hospitalisation, opératoire, consultation...)
 résultats biologiques et anatomopathologiques
 imagerie (radiographies, scanners, IRM...)
 autres documents (**à préciser**)

SEJOUR(S) CONCERNE(S) PAR LA DEMANDE

Date d'entrée	Date de sortie	Service	Nom du médecin

Fait à Le

Signature obligatoire :

Formulaire à retourner à l'adresse suivante :

Centre hospitalier A. GUERIN
Direction Générale
7 rue du Roi Arthur
B.P. 131
56804 PLOERMEL Cédex