



**Formulaire de demande de communication  
de dossier médical**  
(Article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique)

*(afin que la demande soit traitée dans les meilleurs délais, il est impératif que toutes les rubriques soient renseignées)*

Je soussigné(e)

Nom de Naissance : ..... Nom Marital : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

N° de téléphone : ...../...../...../...../..... Adresse mail .....

**Demande la communication des informations contenues : (1)**

**DANS MON DOSSIER MEDICAL**  
 Joindre :  
 - la photocopie recto/verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport).

**DANS LE DOSSIER MEDICAL DE :**  
 Nom de Naissance : ..... Nom Marital : .....  
 Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

**J'agis en tant que : (1)**

**Représentant légal :**  
 Joindre :  
 - la photocopie recto/verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport).  
 - une copie de tout document attestant de votre autorité parentale (livret de famille, jugement, acte de naissance).

**Tuteur :**  
 Joindre :  
 - la photocopie recto/verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport).  
 - une copie du jugement de tutelle.

**Ayant droit d'un patient décédé :** Date du décès : ...../...../.....

**Mention obligatoire à cocher :**

- Connaître la cause du décès
- Défendre la mémoire du défunt, précisez.....
- Faire valoir mes propres droits, précisez.....

Joindre :  
 - la photocopie recto/verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport).  
 - une copie du livret de famille ou d'un acte notarié et/ou d'un acte de naissance avec le lien de parenté.  
 - une copie de l'acte de décès si le patient n'est pas décédé dans notre établissement.

**Afin que nous puissions vous répondre au mieux, veuillez préciser le service concerné, la période d'hospitalisation ainsi que le motif de votre demande et/ou les documents souhaités (sachez que les comptes rendus d'hospitalisation suffisent généralement à répondre à vos questions et sont envoyés aux médecins traitants) :**

.....  
 .....  
 .....

## Modalités de communication :(1)

Je souhaite l'envoi des copies de ces informations par COURRIER POSTAL à l'adresse indiquée.

.....  
.....

Je viendrai chercher mon dossier médical.

Que ce dossier soit adressé à mon médecin traitant dont voici les coordonnées :

.....  
.....

Je souhaite consulter le dossier médical sur place au Centre Hospitalier de L'Aigle.

## TARIFS :

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> DEMANDE : copie de comptes rendus (hospitalisations, consultations, examens) | <b>GRATUITE</b><br>(Sauf pour les demandes d'ayants-droit) |
|--|--|

| Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception<br>7,14 euros au minimum. Jusqu'à 20 gr (dont AR 1,40 euros) | Tarif de La Poste |
|---|-------------------|
| Prix unitaire de la photocopie A4   | 0,18 euros        |
| Prix unitaire de la photocopie A3 (cliché imagerie)   | 0,29 euros        |
| Prix unitaire d'un CD ROM / DVD   | 2,75 euros        |

Ces documents peuvent être retournés par courrier, fax ou e-mail :

**Monsieur le Directeur – Centre Hospitalier de L'Aigle**  
**10 rue du Docteur Frinault – CS 60189 – 61305 L'AIGLE cedex**  
**Tél. : 02 33 24 96 24 – Fax : 02 33 24 95 25**  
**E-mail : direction@ch-laigle.fr**

Fait à ....., le .....  
(Signature)

(1) Cocher la case correspondante

### **RECHERCHE D'AUTORISATION DU MINEUR OU DU MAJEUR PROTEGE**

Vus les articles 16.3 et 459 du code civil

Vus les articles L.1111-2

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. »

et L1111-4 du code de santé public

« Le consentement du mineur ou du majeur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision»

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Autorise la communication de mon dossier médical.

Date :

N'est pas apte.

Signature du mineur ou du majeur protégé