

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 :

Demander 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 :

☐ 1 ^{ère} DEMANDE : copie de comptes rendus (hospitalisations, consultations, examens)	GRATUITE (Sauf pour les demandes d'ayants-droit)
--	--

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception 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