



Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le : / / à

Domicilié(e) à :

.....

Numéro de téléphone :

Cas 1. Je demande la communication de la copie de mon propre dossier médical :

Je joins le justificatif d'identité suivant :

- Copie de ma carte d'identité ou de mon passeport

Précisions sur le motif de la demande (*facultatif*) :

.....

OU

Cas 2. Je demande la communication du dossier médical d'une tierce personne :

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le : / / à

J'ai la qualité suivante (Cocher la case correspondante):

- Titulaire de l'autorité parentale** Père Mère
 - Fournir une copie du livret de famille
 - En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales
- Ayant droit** : La notion d'ayant droit emploie englobe tous les successeurs légaux de la personne décédée (Arrêté du 3 janvier 2007). (*Cocher la case correspondante*)
 - Conjoint Enfant Père-Mère Frère-Sœur Autre parent Autre
 - Fournir le justificatif de cette qualité (livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité...)
 - Motif de la demande pour les ayants droit, en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique (*Cocher la case correspondante*) :
 - Connaître les causes de la mort
 - Défendre la mémoire du défunt
 - Droits à faire valoir
- Déléataire de l'autorité parentale**
 - Fournir la décision du juge aux affaires familiales
- Tuteur**
 - Fournir l'ordonnance du juge des tutelles
- Mandataire**
 - Fournir un mandat exprès écrit du patient en précisant la raison
 - Fournir les justificatifs d'identité suivants :
 - Copie de la carte d'identité recto-verso du patient,
 - Copie de la carte d'identité recto-verso du mandataire

A. Les références du/des séjours et services sur lesquels portent les pièces demandées :

- Je souhaite avoir les pièces du dossier médical correspondant aux séjours suivants :

Période / Date	Service

- Je souhaite avoir la totalité de la copie de mon dossier médical détenu par le Centre Hospitalier de Gourdon

B. La nature des pièces demandées :

- Les comptes rendus
- Les pièces jugées les plus significatives par les médecins du service en fonction de ma demande (comptes rendus, clichés de radiologie...)
- Autres, à préciser.....

C. Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales

- Je demande à venir consulter sur place le dossier médical :
- Je serai seul accompagné d'une tierce personne accompagné d'un médecin

Je prends acte du fait que je peux bénéficier de l'accompagnement du médecin médiateur de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales.

Afin de fixer un rendez-vous pour la consultation du dossier médical, je souhaite être contacté :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

- Je demande que la copie du dossier médical soit expédiée à :

Mon adresse

.....

- Je viendrai retirer moi-même le dossier

Attestation

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle (*Rayer la mention inutile*)

- ▶ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- ▶ accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé des documents médicaux que je pourrai demander.

Tarif unitaire TTC des copies des documents médicaux au 01/03/2017:

Pages de format A4	0,18	€
Pages de format A3	0,36	€
Cédérom :	1,20	€
Frais d'envoi postal, sauf dossier volumineux facturé au cas par cas (lettre recommandé avec accusé de réception)	9,60	€

Signature du demandeur :