

Formulaire de demande de communication de documents médicaux

Conformément à la loi du 04 mars 2002 et à son décret d'application de mars 2005

Nom et prénom du patient :

Nom et prénom du demandeur (si différent du patient) :

Lien de parenté (si le demandeur n'est pas le patient) :

Renseignements facilitant la recherche du dossier (Date de l'hospitalisation, service d'hospitalisation)

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

Éléments du dossier demandés :

- Le compte rendu de l'hospitalisation
- Le compte rendu opératoire
- Intégralité du dossier médical
- Partie du dossier et documents particuliers à préciser :

.....

Mode de communication du dossier choisi:

- Consultation sur place
- Envoi postal
 - o Envoi postal à M, Mme, Mlle (nom, prénom, adresse) :
 - o Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse)

.....

Je déclare avoir été informé que l'envoi de la copie du dossier à mon domicile ou à mon médecin traitant me sera facturé, à hauteur des frais de copie et d'envoi du document. Je m'engage à m'acquitter de cette somme dès réception de la facture.

Date : Signature du demandeur :

Pièces justificatives à fournir avec la demande :

Qualité du demandeur	Pièces à fournir
Patient lui-même	- Copie de la pièce d'identité du patient
Personne titulaire de l'autorité parentale dans le cas d'une demande de dossier d'un mineur	- Copie de la pièce d'identité du mineur - Copie de la pièce d'identité de la personne titulaire de l'autorité parentale - Copie du livret de famille permettant de prouver le lien de parenté ou copie de la décision de justice précisant l'attribution de tout ou partie de l'autorité parentale
Tuteur d'une personne protégée	- Copie de la pièce d'identité de la personne protégée - Copie de la pièce d'identité du tuteur - Copie de la décision de jugement de tutelle
Ayant droit d'une personne décédée	- Copie de la pièce d'identité de l'ayant-droit - Copie d'un document justifiant le statut d'ayant droit (acte du notaire, livret de famille, pacte civil de solidarité...) - Motifs explicites de la demande

Formulaire à adresser à :
Clinique de Villeneuve Saint Georges
47 rue de Crosne – 94190 Villeneuve Saint Georges