

### 1 Je Soussigné : Identité du demandeur PATIENT ou REPRESENTANT LEGAL

Nom et prénom du demandeur : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

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

#### Agissant en qualité de :

- Patient  
 Représentant légal ou tuteur de : *merci de préciser ci-dessous*  
 Ayant droit de : *merci de préciser ci-dessous*

Nom/Prénom : .....

Lien de parentalité : (*ascendant / descendant / conjoint*) .....

Adresse postale : .....

Téléphone : .....

#### Motif de la demande :

- Suivi médical dans un autre établissement  Autre : .....
- Dossier juridique
- Informations médicales sur la cause du décès
- Faire valoir vos droits en tant qu'ayant droit

### 2 Je demande la communication des documents suivants

Dossier médical complet  Autres pièces : Précisez : .....

Compte rendu d'hospitalisation

Compte rendu opératoire

#### Dates du (des) séjour(s) :

#### Médecin qui a pris en charge le patient pendant son séjour :

Séjour du ...../...../..... au ...../...../..... Docteur : .....

Séjour du ...../...../..... au ...../...../..... Docteur : .....

Séjour du ...../...../..... au ...../...../..... Docteur : .....

### 3 Selon les modalités suivantes :

- Consultation sur place
- Remise en main propre sur rendez vous
- Envoi recommandé avec accusé de réception
- Envoi recommandé à un intermédiaire ou mandataire désigné par mes soins

Docteur - M – Mme (*rayez la mention inutile*) .....

Adresse : .....

### 4 J'ai pris connaissance des INFORMATIONS et PIECES A JOINDRE ci-dessous :

Documents obligatoires à joindre :

• **Photocopie de la pièce d'identité (recto/verso) du demandeur** ainsi que :

- **Cas des représentants légaux d'un mineur** : une copie de tout document attestant de l'autorité parentale (livret de famille, jugement...).
- **Cas des représentants légaux d'un majeur sous tutelle** : une copie du jugement leur confiant la tutelle.
- **En cas de décès hors établissement** : une copie d'un acte de l'acte de décès

**La communication du dossier est payante et reste à la charge du demandeur 0.07€ / copie + frais d'envoi en LRAR.**

Délais d'envoi au recto - Un avis de paiement vous sera adressé.

### 5 Je valide ma demande

Date : ..... Nom et signature du demandeur : .....

## Délais d'envoi

**Dossier médical datant de moins de 5 ans** : 8 jours à réception de la demande complète

**Dossier médical datant de plus de 5 ans** : 2 mois à réception de la demande complète

Nous ne conservons aucun dossier de plus de 20 ans.

**Les demandes non finalisées dans les 2 mois suivants l'envoi de la demande de règlement sont considérées comme caduques.**