

## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

*En application des articles L1111-7 et L111 2-1 du Code de la santé publique*

### **Je m'identifie**

Je soussigné(e),       Madame       Mademoiselle       Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Commune : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : [ ]

Adresse mail : \_\_\_\_\_

### **Je demande**

A mon nom

Au Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
*(mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal, le mandataire ou l'ayant droit)*

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

#### **La communication de la copie des documents suivants :**

Je demande ces documents pour la première fois  oui  Non, si non date de la première demande : \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Compte rendu d'hospitalisation            | <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire              |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu de consultation spécialisée  | <input type="checkbox"/> Compte rendu de passage aux urgences |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu de consultation d'anesthésie | <input type="checkbox"/> Compte rendu d'imagerie              |
| <input type="checkbox"/> Autres à préciser : _____                 |   |

#### **Renseignements facilitant la recherche du dossier**

| Services | Périodes | Types de prises en charge |                          |
|----------|----------|---------------------------|--------------------------|
|          |          | Hospitalisation           | Consultations Externes   |
|          |          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
|          |          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
|          |          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
|          |          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

## Je choisis mes modalités de consultations

### Selon les modalités suivantes

Consultation sur place au Centre Hospitalier de la Haute Gironde (la secrétaire du service concerné vous contactera afin de convenir d'un rendez-vous. Vous avez la possibilité de demander la présence d'un médecin pour vous assister lors de la consultation du dossier)

Possibilité de retirer votre dossier au Secrétariat de Direction (une secrétaire vous contactera dès réception de votre dossier).

Envoi postal à M., Mme, Melle (nom, prénom, adresse complète) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse complète) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Motif de la demande (à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation, pour le dossier d'un patient décédé)

Connaître les causes de la mort  Défendre la mémoire du défunt  
 Faire valoir des droits (préciser) : \_\_\_\_\_

J'explique ma demande comme suit : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Je fournis

### Pièces à fournir obligatoirement avec la demande

- Copie d'une pièce d'identité recto verso
- Copie du livret de famille ou de l'extrait de naissance
- Copie de la décision de justice dans le cas d'un majeur protégé
- Justificatif de la qualité d'ayant droit
- Autres à préciser : \_\_\_\_\_


## J'atteste

Je soussigné(e),  Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

 Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

 Si je renouvelle ma demande, j'accepte de prendre en charge les frais de reproduction (0,20 € la page, recto format A4) ainsi que les frais d'envoi. Dans ce cas, l'envoi du dossier sera réalisé après réception du paiement.

Fait à \_\_\_\_\_ le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Signature du demandeur**

Vos données à caractère personnel sont traitées par le CHHG, responsable de traitement, à des fins de gestion des demandes de communication de documents médicaux. Pour en savoir plus sur vos données et vos droits, veuillez consulter notre site internet [chblaye.fr](http://chblaye.fr)