

FICHE D'ENREGISTREMENT : FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Page: 1/2

Référence : EBGPADM01

Version: 2

Date de création : 13/11/2024

À retourner complété et accompagné des pièces justificatives à : Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier La Valette – 23320 SAINT VAURY

Je soussigné(e), Nom: Prénom:		
Nom de jeune fille :		
Né(e) le :à :à :		
Domicilié(e) à :		
Code postal:Ville:		
Téléphone:		
Demande à obtenir communication :		
□ de mon dossier		
□ du dossier de : Nom :	e naissance :	
dont je suis : 🗆 le représentant légal 🔻 🗅 l'ayant-droit du patient décédé		
□ de l'ensemble des pièces communicables de mon dossier		
OU		
🛘 d'une partie des pièces communicables de mon dossier, précisez :		
• Document(s):		
Service(s) concerné(s):		
Date(s) des soins:		
Si vous êtes ayant-droit, précisez impérativement le motif de la demande pour accéder au dossier (article 1110-4 du Code de la Santé Publique). Seules les informations en rapport avec le motif invoqué peuvent être communiquées. □ Connaitre les causes de la mort		
Défendre la mémoire du défunt (préciser)		
□ Faire valoir ses droits (préciser)		
Je souhaite consulter le dossier :		
u sur place. En présence d'un médecin u OUI u NON		
□ Envoi postal en recommandé avec AR à mon domicile		
□ Envoi postal en recommandé avec AR au médecin de mon choix (nom,	prénom, adresse)	
IMPORTANT: la consultation sur place et la reproduction d'une premiè médicales sont gratuites. Des frais de reproduction seront facturés (0,18€ d'une demande d'une copie supplémentaire des documents. Les frais postaux d'envoi (en recommandé avec AR) seront facturés qu'il s d'une première copie ou d'une copie supplémentaire de documents.	E la page) dans le cas	
Date: Sianature	e du demandeur:	





FICHE D'ENREGISTREMENT : FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Page: 2/2

Référence : EBGPADM01

Version: 2

Date de création : 13/11/2024

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A LA DEMANDE

Vous êtes le patient	- Copie recto - verso d'une pièce d'identité	
Vous êtes un représentant légal du patient (parent / tuteur)	 Copie recto - verso d'une pièce d'identité Copie d'un document attestant de l'exercice de l'autorité parentale ou de la tutelle (livret de famille / déclaration sur l'honneur de l'autorité parentale / arrêt rendu / jugement de tutelle / accord du patient pour tuteur avec assistance à la personne) 	
Vous êtes un ayant droit du patient décédé	 Acte de décès Copie recto - verso d'une pièce d'identité Copie d'un document attestant de votre qualité d'ayant droit (livret de famille / certificat d'hérédité ou acte de notoriété ou attestation dévolutive de succession / certificat de concubinage ou de vie commune, contrat PACS,) 	