

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

Communication des informations relatives à la santé **à la demande du patient**

Formulaire à retourner rempli et signé à :

Monsieur le Directeur
90, rue du 8 mai 1945
59530 LE QUESNOY

IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité

IDENTITE DU PATIENT :

Nom de naissance :
Nom marital :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
N° de téléphone (domicile ou portable) :/...../...../...../.....

COPIE DES INFORMATIONS MEDICALES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de préciser :

- Les périodes d'hospitalisation
- Les services concernés par votre demande
- Les documents souhaités.

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

MODALITES DE COMMUNICATION :

Cocher les options que vous choisissez (

Communication sur place

- avec un accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)
 - sans accompagnement médical
- ET/OU
- en présence d'une tierce personne de mon choix
 - sans la présence d'une tierce personne de mon choix

Envoi à mon domicile

Adresse :
.....
.....

Envoi au médecin de mon choix

Adresse :
.....
.....

Date :

Signature :

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

Communication des informations relatives à la santé **à la demande d'un tiers**

Formulaire à retourner rempli et signé à :

Monsieur le Directeur, 90, rue du 8 mai 1945 - 59530 LE QUESNOY

IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité ainsi que des éventuelles autres pièces demandées.

DEMANDEUR :

Nom : Prénom :

N° de téléphone (domicile ou portable) :/...../...../...../.....

☞ **Qualité du demandeur** (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.

- Déléataire de l'autorité parentale :

Fournir la décision du juge aux Affaires Familiales.

- Tuteur :

Fournir l'ordonnance du juge des tutelles.

Ayants droits : conjoint père-mère frère-sœur enfants autre

Fournir le ou les justificatifs de cette qualité.

☞ **Motivation pour les ayants droit (Art L1110-4 du CSP)** (cocher la case correspondante)

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir des droits : droit à pension - droit à assurance - réparation d'un préjudice - autre à préciser :

IDENTITE DU PATIENT :

Nom de naissance : Prénom :

Nom marital :

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

COPIE DES INFORMATIONS MEDICALES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de préciser : les périodes d'hospitalisation - les services concernés par votre demande - les documents souhaités.

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

MODALITES DE COMMUNICATION : Cocher les options que vous choisissez ():

Communication sur place

avec un accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)

sans accompagnement médical

ET/OU en présence d'une tierce personne de mon choix

sans la présence d'une tierce personne de mon choix

Envoi à mon domicile

Adresse :
.....

Envoi au médecin de mon choix

Adresse :
.....
.....

Date :

Signature :