

## **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.*

→ Déléгатaire 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 :

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées au secrétariat de direction. Elles sont conservées 10 ans.*

*Seules la secrétaire de direction et les personnes en charge de préparer les dossiers y auront accès.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter : dpo@ch-lequesnoy.fr*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL*