



## 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 :

- Compte rendu d'hospitalisation  Compte rendu opératoire  
 Compte rendu de consultation spécialisée  Compte rendu de passage aux urgences  
 Compte rendu de consultation d'anesthésie  Compte rendu d'imagerie

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"/>

Retrouvez le Centre Hospitalier de la Haute Gironde sur [www.chblaye.fr](http://www.chblaye.fr)

## 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)

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

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

Possibilité de retirer votre dossier au Secrétariat de Direction (une secrétaire vous contactera dès réception de votre dossier. Les frais de reproduction restent à votre charge, voir modalités ci-dessous)

### 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
- Accepte de prendre en charge les frais de reproduction (0,20 € la page, recto format A4)
- Accepte de prendre en charge (selon le tarif en vigueur) les frais d'envoi postal, des documents que je pourrai demander :  
 Envoi simple  Envoi recommandé avec avis de réception



**L'envoi du dossier sera réalisé après réception du paiement.**

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

**Signature du demandeur**