

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Identité du demandeur :

Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille : Téléphone :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

Vous êtes :

<input type="checkbox"/> Le patient	Votre date de naissance : <i>Pièce à fournir :</i> - Copie de la carte d'identité
<input type="checkbox"/> Le représentant légal	Nom et Prénom du patient : Date de naissance du patient : <i>Pièces à fournir :</i> - Copie de votre carte d'identité - Copie du livret de famille
<input type="checkbox"/> Le tuteur	Nom et Prénom du patient : Date de naissance du patient : <i>Pièces à fournir :</i> - Copie de votre carte d'identité - Copie du jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> L'ayant-droit du patient décédé	Nom et Prénom du patient : Date de naissance du patient : Motif de votre demande (obligatoire) : <input type="checkbox"/> Faire connaître les causes de la mort de la personne décédée <input type="checkbox"/> Pour défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Pour faire valoir leurs droits <input type="checkbox"/> Aucun de ces 3 motifs <i>Pièces à fournir :</i> - Copie de votre carte d'identité - Copie du livret de famille justifiant du lien de parenté - Certificat d'hérédité ou attestation de dévolution successorale

Séjour concerné :

Dates du séjour : Service ayant pris en charge le patient :

Mode de transmission des éléments (les frais de copie et d'envoi peuvent être à votre charge) :

- Consultation sur place du dossier
 Copie du dossier et envoi à domicile en recommandé avec accusé de réception
 Copie du dossier et remise en mains propres au centre hospitalier

Documents demandés (uniquement des éléments concernant directement le séjour dans le service) :

- Dossier médical complet Uniquement certains éléments du dossier médical : fournir la liste

Ce document est à adresser, accompagné des justificatifs par courrier à :

Centre Hospitalier Saint Louis - Direction de l'établissement
5 Rue des Vergers – BP 29
25290 ORNANS

Fait à :

Le :

Signature :