



Identité du patient

M. – Mme (nom et prénom(s) en majuscules, nom de jeune fille pour les femmes mariées)

.....

Né(e) le/...../..... Téléphone : ____/____/____/____/____

Email :@.....

Adresse :

.....

.....

Qualité du demandeur si celui-ci est différent du patient

Tuteur¹- Mandataire² (*rayez la mention inutile*)

M. Mme (nom et prénom(s) en majuscules)

.....

Adresse :

.....

.....

Demande à obtenir transmission des documents suivants

compte-rendu d'hospitalisation (CRH) du ____/____/____ au ____/____/____

pièces essentielles du dossier médical (CRH, résultats des examens récents)

autres documents (précisez) :

à mon nom

au nom de la personne dont je suis : le représentant légal le mandataire

Selon les modalités suivantes

Remise sur place à la Clinique Consultation sur place à la Clinique

Envoi postal à l'adresse du demandeur

Envoi postal au Docteur (*nom, prénom, adresse*) :

.....

.....

Renseignements complémentaires facilitant la recherche (*dates de l'hospitalisation, nom du médecin référent*)

.....

.....

Date : ____/____/____

Signature :

Pièces justificatives :

Joindre une copie d'une pièce d'identité au nom du patient et une au nom du demandeur / représentant légal/mandataire, auxquelles s'ajouteront le cas échéant :

¹ : la copie du jugement des tutelles ² : un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom.

Les frais de copie et d'envoi sont facturables.



Je soussigné-e M. – Mme (nom et prénom(s) en majuscules)

.....
Adresse :

.....
.....

Email :@.....

Téléphone : ___/___/___/___/___

Lien avec le patient :

Ayant droit / Partenaire lié par un PACS ou concubin de :

M. - Mme ((nom et prénom(s) en majuscules, nom de jeune fille)

.....

Date de naissance : ___/___/___ Téléphone : ___/___/___/___/___

Décédé-e le : ___/___/___ Lieu du décès :

.....

Demande la transmission de documents médicaux établis à son nom, pour le motif suivant :

connaître les causes du décès

faire valoir un droit * :

.....

.....

Défendre la mémoire du défunt :

.....

.....

* précisez obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

Attention : les médecins ne pourront communiquer que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus.

Date : ___/___/___

Signature :

Justificatifs à produire dans tous les cas : copie d'une pièce d'identité à votre nom à laquelle il convient d'ajouter :

* Pour le conjoint survivant et enfant(s) : copie du livret de famille

* Pour les autres demandeurs :

- acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d'ayant droit ou certificat d'hérédité (pour les communes qui les délivrent)

- copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement.

- pour le partenaire d'un PACS : copie de l'acte de naissance portant mention du PACS ou preuve de l'inscription du contrat PACS sur le registre tenu au greffe du TGI.

- pour le concubin : éléments prouvant la situation.

Les frais de copie et d'envoi sont facturables