



DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL Par le patient ou son représentant



Identité du patient

Monsieur Madame (nom en majuscules, nom de naissance entre parenthèses, prénoms)

Né(e) le : ____ / ____ / ____ - Lieu de naissance :

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / - Courrier :

Adresse postale :

Qualité du demandeur (si le demandeur est différent du patient)

Personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne

Représentant légal du mineur Mandataire Autre :

Monsieur Madame (nom en majuscules, nom de naissance entre parenthèses, prénoms)

Né(e) le : ____ / ____ / ____ - Lieu de naissance :

Adresse postale :

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / - Courriel :

Demande la transmission des documents suivants :

Lettre de liaison (ou compte rendu d'hospitalisation (CRH) ;

Compte rendu opératoire (CRO) ;

Pièces essentielles du dossier médical (feuille de liaison (CRH), CRO, résultats des examens récents) ;

Autres documents (précisez) :

Séjour du : ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ dans le service de :

Séjour du : ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ dans le service de :

Séjour du : ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ dans le service de :

Selon les modalités suivantes :

Remise des copies sur place à l'hôpital

Envoi postal à l'adresse du demandeur (susvisé)

Envoi postal au médecin désigné (nom, prénom, adresse) :

Consultation du dossier sur place à l'hôpital

Pièces justificatives

Dans tous les cas : pièce d'identité du patient (sauf mineur) et du demandeur (le cas échéant)

Représentants légaux d'un mineur : document attestant de l'autorité parentale (livret de famille, jugement)

Personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne : copie du jugement

Mandataire : mandat sur papier libre + pièce d'identité du mandataire

l'un des deux formulaires en fonction du demandeur GDP ENR 02

Votre signature vaut acceptation et engagement à s'acquitter des frais d'envoi des pièces demandées par voie postale, dont le montant est compris entre 8 € et 15,88 € au 1er janvier 2025.

Date :

Signature :



DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Par l'ayant droit, le partenaire lié par un PACS
ou le concubin ayant droit du patient décédé



Identité du demandeur

Je soussigné(e) Monsieur Madame (nom en majuscules, nom de naissance entre parenthèses, prénoms)

Né(e) le : ____ / ____ / ____ - Lieu de naissance :

Adresse postale :

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / - Courrier :

Lien avec le patient :

Ayant droit (époux, épouse, enfant, partenaire lié par un PACS ou concubin ayant droit) de :

Monsieur Madame (nom en majuscules, nom de naissance entre parenthèses, prénoms)

Né(e) le : ____ / ____ / ____ - Lieu de naissance :

Décédé(e) le : ____ / ____ / ____ - Lieu du décès :

Suivi(e) dans le service de :

Détails du/des séjours concerné(s) par la demande

Séjour du : ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ dans le service de :

Séjour du : ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ dans le service de :

Séjour du : ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ dans le service de :

Demande la transmission de document médicaux établis au nom du patient, pour le(s) motif(s) suivant(s) :

Connaitre 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.

Selon les modalités suivantes :

Remise des copies sur place à l'hôpital

Envoi postal à l'adresse du demandeur (susvisé)

Consultation des documents médicaux sur place à l'hôpital

Pièces justificatives

Dans tous les cas : pièce d'identité du demandeur

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

Pour les autres demandeurs :

→ Acte de notoriété établi par un notaire attestant de la qualité d'ayant droit du demandeur ;

→ Copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement ;

→ Pour le partenaire lié par un PACS : copie de l'acte de naissance portant mention du PACS ou preuve de l'inscription du contrat du PACS sur le registre tenu au greffe du TGI ;

→ Pour le concubin ayant droit : éléments prouvant la situation : certificat de concubinage, quittance de loyer aux 2 noms, facture aux 2 noms, déclaration sur l'honneur des deux concubins.

Votre signature vaut acceptation et engagement à s'acquitter des frais d'envoi des pièces demandées par voie postale, dont le montant est compris entre 8 € et 15,88 € au 1er janvier 2025.

Date :

Signature :