

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

DEMANDEUR

Je soussigné(e) : Madame Monsieur
 Nom Nom de jeune fille
 Prénoms
 Né(e) le à
 Domicilié(e)

 Code postal Ville
 Téléphone fixe : .. / .. / .. / .. / .. / Téléphone portable : .. / .. / .. / .. / .. /

Demande la communication de la copie de mon dossier médical (Cf notice jointe paragraphe « pièce à fournir » et tarifs de frais de reproduction)

Demande la communication de la copie du dossier médical de

Nom Nom de jeune fille
 Prénom
 Né(e) le à
 Décédé(e) le à

EN MA QUALITE DE

(Cf notice jointe paragraphe « pièce à fournir »)

Titulaire de l'autorité parentale ou délégataire de l'autorité parentale

Tuteur

Ayant droit d'un patient décédé

Motif de la demande pour les ayants droit, en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique :

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir des droits _préciser :

J'explique ma demande comme suit :

PRISE(S) EN CHARGE CONCERNEE(S)

Je souhaite obtenir les copies de mon dossier médical correspondant aux séjour(s) suivant(s) :

Service	Périodes	Type de prise en charge	
		Hospitalisation	Consultation Externe

Je souhaite obtenir la copie intégrale du dossier médical détenu par l'ensemble des services du Centre Hospitalier de Laval

MODALITES DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS MEDICALES

- Je demande à venir consulter sur place le dossier médical :
 Je demande que la copie du dossier médical soit adressée à :
 Moi-même,
 Un médecin, à l'adresse suivante :

- Je viendrai retirer moi-même la copie du dossier médical sur rendez-vous

ATTESTATION

Je soussigné(e) : Mademoiselle Madame Monsieur
Nom Nom de jeune fille

Prénom

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- Accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé avec avis de réception des documents que je pourrai demander
- Prends acte que la copie du dossier médical me sera remise ou adressée par le Centre Hospitalier de Laval à réception du paiement dont le montant m'aura été communiqué

Fait à le

Signature du demandeur

Formulaire et pièces justificatives à retourner à l'adresse suivante :

CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL
Service de communication du dossier médical
33 rue du Haut Rocher - CS 91525
53015 LAVAL

Pour tous renseignements complémentaires, veuillez nous contacter au 02.43.66.51.49

NOTICE D'INFORMATION

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

A) Vous demandez votre dossier médical

Pièce à joindre : copie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité

B) Vous demandez le dossier médical de votre enfant mineur pour lequel vous êtes titulaire de l'autorité parentale

Pièces à joindre :

- copie recto/verso de votre pièce d'identité
- acte de naissance
- en cas de divorce, copie de l'ordonnance du juge aux affaires familiales

C) Vous demandez le dossier médical d'un enfant mineur en qualité de délégataire de l'autorité parentale

Pièces à joindre :

- copie recto/verso de votre pièce d'identité
- copie de la décision du juge aux affaires familiales

D) Vous demandez le dossier médical du majeur protégé dont vous êtes le tuteur

Pièces à joindre :

- copie recto/verso de votre pièce d'identité
- copie de l'ordonnance du juge des tutelles

E) Vous demandez le dossier médical d'une personne décédée en votre qualité d'ayant-droit

Pièces à joindre :

- copie recto/verso de votre pièce d'identité
- acte de notoriété ou attestation notariale, ou certificat d'hérédité