

Formulaire de demande d'accès au dossier médical

1 IDENTITE DU PATIENT DEMANDEUR

Nom _____
Prénom _____
Nom de naissance _____
Date de naissance _____
Lieu de naissance _____
Numéro de dossier (facultatif) _____

Vous pouvez demander à ce que votre dossier soit transmis à un médecin : nom, prénom et adresse du médecin

OU

2 LA DEMANDE DE DOSSIER CONCERNE L'UN DE VOS PROCHES DECEDE

Votre nom _____
Votre prénom _____
Nom de naissance _____
Date de naissance _____
Nom du (de la) patient(e) décédé(e) _____
Date de naissance _____
Date de décès _____
Lieu de naissance _____
Numéro de dossier (facultatif) _____

Vous devez, en qualité d'ayant-droit, préciser le motif de la demande :

- Connaître les causes de la mort
- Faire valoir vos droits
- Défendre la mémoire du défunt

Veuillez justifier votre choix afin que nous puissions vérifier **la recevabilité de votre motif** et vous transmettre les éléments nécessaires à la réalisation de votre objectif :

OU

3 LA DEMANDE DE DOSSIER CONCERNE UN PATIENT MINEUR

Nom du parent 1 _____
Nom de naissance du parent 1 _____
Prénom du parent 1 _____
Date de naissance _____
Nom du parent 2 _____
Nom de naissance du parent 2 _____
Prénom du parent 2 _____
Date de naissance _____
Nom et prénom du patient mineur _____
Date de naissance _____
Lieu de naissance _____
Numéro de dossier (facultatif) _____

4 JUSTIFICATION DE L'IDENTITE

Dans tous les cas joindre :

- Photocopie de la carte d'identité ou du passeport du demandeur
- Numéro de téléphone (afin de vous joindre si besoin)

Y ajouter pour les ayants-droits, les concubins ou les partenaires pacsés :

- Preuve de la qualité d'ayant-droit (**certificat d'héritage** ou **livret de famille** pour les enfants et parents...)
- Preuve de la qualité de concubin ou de partenaire pacsé (**certificat de concubinage** ou **bail commun** ou **factures communes** ou **copie du pacs**)

5 MODE DE CONSULTATION SOUHAITE

- Consultation sur place
 Consultation sur place avec accompagnement médical
 Envoi direct de copies

Merci d'indiquer votre adresse :

Envoi de copies au médecin de votre choix :

Nom Prénom :

Adresse :

Date : / /

Signature du demandeur