

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU
DOSSIER MEDICAL**

(Loi n°2002-203 du 04 Mars 2002 – Décret n°2002-637 du
29 Avril 2002 - Article L. 1111-7. du Code de la Santé Publique)

N° Doc : ENR- DPAT-03

Indice : b

Page : 1 / 1

Création : Novembre 2010

Maj : Juin 2016

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) :
Domicilié(e).....

○ Vous êtes le patient	Votre date de naissance :/...../..... Pièce à fournir : copie de votre pièce d'identité
○ Vous êtes le représentant légal ou le tuteur	Nom et prénom du patient : Date de naissance du patient :/...../..... Pièces à fournir : - copie de la carte d'identité - copie du livret de famille pour le représentant légal - copie du jugement de tutelle pour le tuteur
○ Vous êtes l'ayant droit du patient décédé	Nom et prénom du patient : Date de naissance du patient :/...../..... Le motif de votre demande (obligatoire) : <input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Faire valoir ses droits Pièces à fournir : - copie de la carte d'identité - copie de l'acte de décès du patient - copie du livret de famille justifiant le lien de parenté

Pour faciliter le respect de ces délais de communication, soyez attentif à formuler une demande complète, précise et accompagnée des documents justificatifs nécessaires.

1- Je demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Chatillon sur Indre la communication des documents suivants :

Le compte rendu d'hospitalisation du au

Autres documents (à préciser – *sur papier libre le cas échéant*)
.....
.....
.....

Le dossier réglementaire

2- Je souhaite (cochez la case correspondante) :

Que ce dossier soit adressé à mon médecin traitant dont voici les coordonnées :
.....
.....

Consulter ce dossier médical au Centre Hospitalier de Chatillon sur Indre;

Remis en main propre le

Qu'une copie de ce dossier me soit adressée à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais selon le barème suivant :

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception Tarif de La Poste

Prix unitaire de la photocopie 0,20 €

Fait à, le
(Signature du demandeur)