



Demande de communication du Dossier Patient

Référence : FORM 838 V05

Date d'application : 27/10/2009

Date de modification : Août 2022

Page(s) : 1/1

Secteur concerné : Tous secteurs

Mots clés : accès, droit, formulaire

Je, soussigné(e), M / Mme _____
(nom, prénom, pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille)

Né(e) le ____/____/____

Tél. : ____/____/____/____/____

Domicilié(e) _____

Le cas échéant : père, mère, représentant légal ou ayant droit de (nom, prénom du patient)
_____ Né(e) le ____/____/____

Demande à obtenir communication de la copie des documents suivants :

- le compte-rendu de l'hospitalisation du ____/____/____ au ____/____/____
- le(s) compte(s)-rendu(s) opératoire(s)
- les autres pièces du dossier médical : _____

établi(s) par l'hôpital

- à mon nom
ou
- au nom de _____
 - mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal
 - la personne décédée dont je suis l'ayant droit

Selon les modalités suivantes :

- Consultable sur place, à l'hôpital
- Envoi postal à M, Mme (nom, prénom, adresse) * _____

Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) _____

Motif de la demande (pour le dossier d'un patient décédé) :

Renseignements facilitant la recherche du dossier

(dates de l'hospitalisation, service d'hospitalisation, n° d'identification)

Date : ____/____/____

Signature :

Merci de joindre une photocopie de votre pièce d'identité et s'il y a lieu, tout document attestant de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit du patient.

** Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation.*