



Demande de communication du Dossier Patient

Référence : FORM 838 V07

Date d'application : 27/10/2009

Date de modification : septembre 2024

Page(s) : 1/1

Secteur concerné : Tous secteurs

Mots clés : accès, droit, formulaire

Je, soussigné(e), M / Mme (Prénom, nom d'usage et nom de naissance) : _____

Né(e) le _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Adresse : _____

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 : _____

Agissant :

- Pour mon compte
- En ma qualité de représentant légal de :
Nom : _____
Prénom(s) : _____
Date de naissance : _____
- En ma qualité d'ayant droit de :
Nom : _____
Prénom(s) : _____
Date de naissance : _____

Selon les modalités suivantes :

- Envoi sur ma messagerie Mon Espace Santé
 - Consultable sur place à l'hôpital
 - Envoi postal à mon 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 en recommandé avec accusé réception donnent lieu à facturation.