

	Formulaire	Réf. : CHG-EN-2023-0075
	DEMANDE DE TRANSMISSION D'UN DOSSIER MÉDICAL ARTICLES L. 1111.7 ET L. 1112.1 DU CSP	Version : 03
		Application : 06/01/2025 Révision : 06/01/2030
		Page 1/2

I. IDENTITÉ DU DEMANDEUR

1. Je soussigné(e), Madame, Mademoiselle, Monsieur¹ :

Nom utilisé :	Prénom(s) :
Nom de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Mail :
Motif de la demande (facultatif) :	

2. Agissant en qualité de :

- Patient
 Représentant légal (père, mère ou tuteur) de¹ :

Nom utilisé :	Prénom(s) :
Nom de naissance :	Date de naissance :

- Ayant droit (notamment héritier) de :

Nom utilisé :	Prénom(s) :
Nom de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Mail :

Motif de la demande (facultatif) : <input type="checkbox"/> Connaitre les causes de la mort ; <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt ; <input type="checkbox"/> Faire valoir mes droits. Merci de bien vouloir motiver votre demande par écrit sur papier libre.

T. SVP

¹ Rayer la mention inutile

	Formulaire	Réf. : CHG-EN-2023-0075
	DEMANDE DE TRANSMISSION D'UN DOSSIER MÉDICAL ARTICLES L. 1111.7 ET L. 1112.1 DU CSP	Version : 03
		Application : 06/01/2025 Révision : 06/01/2030
		Page 2/2

II. DOSSIER DEMANDÉ

1. Documents demandés :

- Compte-rendu opératoire
 Compte-rendu de consultation
 Radiographies
 Radiographies
 Scanner
 Autres (Précisez) :

2. Renseignements facilitant la recherche du dossier :

<input type="checkbox"/> Consultations :	Service :	Médecin :
	Date / Année :	

<input type="checkbox"/> Hospitalisation :	Service :	Médecin :
	Date / Année :	

<input type="checkbox"/> Autres indications (Précisez) :	
--	--

3. Modalités

A. CONSULTATION DU DOSSIER MÉDICAL SUR PLACE

- Je souhaite consulter le dossier sur place ;
 Je souhaiterais qu'un médecin soit présent ou disponible afin de répondre à mes questions ;
 J'autorise Mme ou M. le Docteur (indiquer ses coordonnées ci-dessous) à consulter le dossier sur place :

Nom du Dr :

B. FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI

Photocopie : 0,45€ TTC la copie	Contre-type radiologie : 3,80€ TTC
Frais de rapatriement d'un dossier médical passif (patient non revenu depuis plus de 10 ans)	Recherche du dossier par le tiers-archiviste : 5,40€ TTC
	Frais de livraison : 24,00€ TTC
DVD reproduction scanner : 7,30€ TTC	Frais d'envoi recommandé avec AR : Tarif en vigueur

- Je demande l'envoi postal des informations à mon domicile (envoi en recommandé avec AR à ma charge)
 Je demande que les copies soient transmises (envoi en recommandé avec AR à ma charge) au **Docteur** :

Nom du Dr :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :

Pièces à fournir avec la demande :

Pour un patient : copie d'une pièce d'identité recto verso.

Pour un représentant légal : copie d'une pièce d'identité recto verso du demandeur et copie du livret de famille ou de l'extrait de naissance (copie d'une décision de justice, le cas échéant), copie de la décision de justice dans le cas d'un majeur protégé.

Pour un ayant droit : courrier de motivation, copie d'une pièce d'identité recto verso et justificatif de la qualité d'ayant droit (c'est-à-dire, soit un certificat d'hérédité, soit un acte de notoriété, soit la copie du livret de famille).

À _____, le : _____ Signature :