



Demande de communication de documents médicaux

À adresser en lettre recommandée avec accusé de réception à :

Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier Saint-Jacques
Quai Enguerrand de Marigny - BP 508
27705 LES ANDELYS Cedex

PATIENT

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Né(e) le / / Téléphone :

Adresse mail :

Adresse.....

.....

Code postal : Ville :

Renseignements facultatifs facilitant la recherche du dossier :

Dates d'hospitalisation : Du / / au / /

Service : Nom du Médecin :

DEMANDEUR

Ne remplir que si le demandeur n'est pas le patient lui-même

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Né(e) le / / Téléphone :

Adresse mail :

Adresse.....

.....

Code postal : Ville :

Qualité du demandeur : * joindre les documents énumérés au verso

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tuteur | <input type="checkbox"/> Ayants-droit |
| <input type="checkbox"/> Médecin expressément désigné par le patient | <input type="checkbox"/> Concubin |
| <input type="checkbox"/> Personne expressément mandatée par le patient | <input type="checkbox"/> Partenaire lié par un pacte civil de solidarité |

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

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

PIECES DU DOSSIER DEMANDEES

Cochez la case correspondante

Le compte-rendu de l'hospitalisation du / / au / /

L'ensemble du dossier médical

Autres documents :

.....

.....

A défaut de choix de votre part, un envoi postal par LR/AR sera effectué.

- Remise sur place au Centre Hospitalier** (prendre contact avec le secrétariat de direction en précisant si vous souhaitez la présence d'un médecin en particulier)
- Envoi postal en lettre recommandée avec accusé de réception** à l'adresse précédemment inscrite
- Envoi postal au Médecin** en lettre recommandée avec accusé de réception

Nom, Prénom, Adresse du Médecin :

.....

.....

JUSTIFICATIFS

A joindre à votre demande

Selon la demande :

- **Demande en tant que Patient lui-même :**
 - Copie pièce d'identité
- **Demande en tant que Tuteur :**
 - Copie pièce d'identité du demandeur
 - Copie pièce d'identité du patient
 - Copie jugement de tutelle
- **Demande en tant que Médecin expressément désigné par le patient :**
 - Copie pièce d'identité du demandeur
 - Copie pièce d'identité du patient
 - Copie carte professionnelle
 - Mandat du patient
- **Demande en tant que Personne expressément mandatée par le patient :**
 - Copie pièce d'identité du patient
 - Copie pièce d'identité du mandataire
 - Mandat du patient
- **Demande en tant qu'Avants-droit :**
 - Copie pièce identité demandeur
 - Copie livret de famille
 - Certificat d'hérédité
 - Acte de décès si le décès n'a pas eu lieu au Centre Hospitalier des Andelys
- **Demande en tant que Concubin :**
 - Copie pièce identité demandeur
 - Copie de l'acte de notoriété ou certificat de concubinage, bail commun, factures, ou autres documents récents (moins de 6 mois) permettant d'attester de la vie commune (*Conformément à l'avis de la Commission d'accès aux documents administratifs du 14/04/2016*)
 - Acte de décès si le décès n'a pas eu lieu au Centre Hospitalier des Andelys
- **Demande en tant que Partenaire lié par un pacte civil de solidarité :**
 - Copie pièce identité demandeur
 - Extrait d'acte de naissance, daté de moins de 3 mois, mentionnant le PACS
 - Acte de décès si le décès n'a pas eu lieu au Centre Hospitalier des Andelys

L'établissement se réserve le droit de demander d'autres documents selon la situation.

Nous vous informons que toute reproduction vous sera facturée (prix unitaire de la photocopie : 0.30 € - frais d'envoi en recommandé avec avis de réception : tarif de la poste).

Date : / /

Signature :

ⓘ Information importante : Un dossier médical comporte des données confidentielles, il est ainsi important de prendre des précautions quant au respect du caractère strictement personnel des informations que vous allez détenir, notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, etc.).