



DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

**DEMANDE DE COMMUNICATION  
DE DOCUMENTS MEDICAUX**

Service concerné : Administration

N° de version : 3

Code du document : ADM DE 01

Date d'application : 9/04/15

Direction Générale :

Numéro dossier :

(Application de la loi n° 2002.303 du 4 mars 2008 et du décret n° 2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L 1111-7 et 1112-1 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Domicilié(e) \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**LE CAS ECHEANT, VOUS ETES :**     père             mère             ayant droit             représentant légal de :  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

**DEMANDE A OBTENIR COMMUNICATION DE LA COPIE DES DOCUMENTS SUIVANTS (les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation) :** Compte rendu d'hospitalisation (date) \_\_\_\_\_ Compte rendu d'intervention (date) \_\_\_\_\_

Les pièces essentielles du dossier médical :

 Dossier d'anesthésie             de transfusion             de soins infirmiers             résultats de Laboratoire Autres (précisez) \_\_\_\_\_

Renseignements facilitant la recherche du dossier (service d'hospitalisation, médecin)

**SELON LES MODALITES SUIVANTES :** Remise sur place à la Clinique de Champagne (prévenir la personne dès que les documents sont prêts) Envoi postal à Mme, Melle, M. (nom, prénom, adresse) Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) Consultation sur place en présence d'un chirurgien de la Clinique de Champagne, accompagné(e) de la personne de mon choix**MOTIF DE LA DEMANDE (obligatoire pour le dossier d'un patient décédé) :** date de décès \_\_\_\_\_ Connaître les causes du décès             défendre la mémoire du défunt             faire valoir mes droitsDateSignature

**Joindre une copie de votre pièce d'identité et s'il y a lieu de tout document de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit du patient (livret de famille, certificat d'hérédité).**

**Frais de copie et d'envoi POUR 1 DOSSIER : 15 EUROS***(Le montant total des frais sera calculé en fonction du nombre de dossier(s) sollicité(s) (2 dossiers = 30 €, etc...))***Chèque à libellé à l'ordre de :****CLINIQUE DE CHAMPAGNE**

Fait le \_\_\_\_\_

Cachet du Service