



Centre Hospitalier
 Demande de dossier médical
 47, rue Aristide Briand
 CS 50209
61203 ARGENTAN CEDEX

Formulaire de demande de communication du dossier médical

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical : merci de bien vouloir compléter ce formulaire (recto-verso) et le retourner à l'adresse mentionnée ci-dessus. Les tarifs et documents à joindre obligatoirement à votre demande sont précisés au verso.

1 - Identité du demandeur

Nom : Nom de jeune fille: Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance

Adresse complète :

Téléphone : et/ou :

Adresse mail :

2 - Je souhaite obtenir des éléments concernant :

<input type="checkbox"/> Mon propre dossier	Motifs de la demande de communication (facultatif) : <input type="checkbox"/> demande d'invalidité <input type="checkbox"/> RDV avec un médecin <input type="checkbox"/> suivi médical dans un autre établissement <input type="checkbox"/> expertise médicale <input type="checkbox"/> demande par un avocat <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Le dossier d'un tiers dont je suis le représentant légal Je suis <input type="checkbox"/> le père ; <input type="checkbox"/> la mère; <input type="checkbox"/> le tuteur de : Nom : Prénom : Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Le dossier d'un tiers décédé dont je suis : ayant droit concubin PACS Nom : Nom de jeune fille: Prénom : né(e) le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> décédé(e) le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> àLien de parenté :	Motifs de la demande de communication (obligatoire) : <input type="checkbox"/> Connaître les causes de la mort <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Faire valoir ses droits <input type="checkbox"/> à pension <input type="checkbox"/> à assurance <input type="checkbox"/> réparation d'un préjudice

3 - Eléments souhaités (détail tarifs : voir partie 7 au verso)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> intégralité du dossier médical | <input type="checkbox"/> clichés radiographies, scanners (4,50 € l'unité) |
| <input type="checkbox"/> compte(s) rendu(s) opératoire | <input type="checkbox"/> comptes rendus radiographies, scanners |
| <input type="checkbox"/> compte(s) rendu(s) d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> copie des résultats d'analyses |
| <input type="checkbox"/> plan de soins infirmiers global | <input type="checkbox"/> autre (précisez) : |

4 - Précisions dates et services d'hospitalisation concerné(s)

Service(s) d'hospitalisation	Nom du (des) médecin(s)	Date(s) d'hospitalisation
.....
.....
.....

5 - Modalités de communication du dossier

- Envoi des éléments en recommandé** à l'adresse précisée (en partie 1 - identité du demandeur).
Le montant des frais de port et de copie étant à votre charge, et dépendant du nombre de copies, il vous sera communiqué une fois le dossier prêt
- Envoi postal à mon médecin traitant ou un spécialiste** (Merci d'indiquer avec précision le nom, l'établissement et le service, l'adresse complète du médecin) :
- Récupération de la copie du dossier sur place** du lundi au jeudi de 9h à 17h et le vendredi matin, muni d'une pièce d'identité : m'informer par téléphone au (les frais seront limités au nombre de copies)
- (si vous demandez à une autre personne de passer prendre la copie du dossier, elle doit être munie d'une pièce d'identité et d'une procuration)
- Consultation sur place**, en présence d'un médecin: contacter le secrétariat du service concerné.

6 - Pièces justificatives à joindre obligatoirement

Dans tous les cas :

- copie de votre pièce d'identité officielle (carte d'identité ou passeport)
- ✓ **Dossier d'un tiers dont vous êtes le représentant légal :**
- pour le représentant légal désigné par un juge : ordonnance du jugement vous désignant comme tel
- pour les parents d'un enfant mineur : copie du livret de famille
- en cas de divorce : jugement du divorce statuant sur l'autorité parentale
- ✓ **Dossier d'un tiers dont vous êtes l'ayant droit, concubin ou PACS**
- pour l'ayant droit : livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient concerné, et le décès, acte notarié...
- pour le concubin : certificat de concubinage, témoignages, déclaration sur l'honneur...
- pour le PACS : attestation de PACS

Vous pouvez effectuer une demande d'acte civil via : <https://www.acte-etat-civil.fr/DemandeActe/Accueil.do>

7 - Le demandeur est informé :

- Qu'aucun document ne sera communiqué en l'absence de paiement, et de présentation des justificatifs nécessaires mentionnés dans ce formulaire.
- Qu'aucun document ne sera communiqué à un tiers en l'absence de procuration écrite et d'un justificatif d'identité du récepteur.
- Que le fait de tenter d'obtenir la communication d'information en violation de la réglementation en vigueur (voir [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96](#)) est puni de 1 an de prison et 15 000 € d'amende.
- Que la durée de conservation d'un dossier médical est de 20 ans à compter de la date du dernier séjour (sauf cas particulier, prévus à l'article R1112-7 du Code de la Santé Publique).
- En cas de paiement par chèque, celui-ci doit être libellé à l'ordre suivant : **Régie Repas Hébergement CH Argentan**. Merci d'adresser votre envoi à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Coût :		La préparation des documents sera organisée par l'hôpital et l'avis de pré-paiement des copies et frais d'envoi vous sera communiqué.
Copie format A4	Quantité X 0,20 €	
Copie format A3	Quantité X 0,40 €	
Radiographie ou scanner	Quantité X 4,50 €	
Envoi en recommandé	Dépend du poids de l'envoi	

Date de la demande :

Signature du demandeur :