

**DEMANDE DE COMMUNICATION OU DE  
CONSULTATION DE PIÈCES ISSUES D'UN  
DOSSIER MEDICAL**

CODE : CHH-FE-2012-086  
VERSION : 003  
DATE D'APPLICATION : 27/10/2021

**Identité du demandeur :**

Je soussigné(e), M.....  
Né(e) le ..... ☎  
Domicilié(e) à .....  
.....  
Adresse mail : ..... @.....

**Demande de dossier effectuée par :**

Qualité du demandeur	Pièces à joindre à la demande
<input type="checkbox"/> <b>Le patient concerné</b>	- la copie d'une pièce d'identité du demandeur en cours de validité (carte d'identité ou passeport)
<input type="checkbox"/> <b>Un tiers agissant en qualité de :</b>	
<input type="checkbox"/> Personne mandatée par le patient lui-même	- la copie d'une pièce d'identité du patient concerné par la demande - la copie d'une pièce d'identité du demandeur - tout document permettant de justifier du mandat
<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale/Représentant légal du mineur : Prénom – Nom : ..... Né le : .....	- la copie d'une pièce d'identité du demandeur - tout document justifiant de la qualité de titulaire de l'autorité parentale/représentant légal
<input type="checkbox"/> Tuteur de : Prénom – Nom : ..... Né le : .....	- la copie d'une pièce d'identité du patient concerné - la copie d'une pièce d'identité du demandeur - la copie du jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> Ayant-droit, concubin ou partenaire lié par un PACS de : Prénom – Nom : ..... Né le : ..... Décédé le : .....	- la copie d'une pièce d'identité du demandeur - toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant-droit (livret de famille, acte de notoriété...), de concubin ou de partenaire lié par un PACS - une copie de l'acte de décès du patient

Motif de la demande	
Ayant-droit ( <b>Obligatoire</b> ) <input type="checkbox"/> connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> faire valoir vos propres droits	Patient ou tiers autre que l'ayant-droit du patient (Facultatif) :

**Demande la communication des documents suivants :**

- Copie intégrale du dossier médical  
Préciser :  Avec       Sans      Clichés radiologiques
- Copie partielle du dossier médical  
 Compte-rendu d'hospitalisation  
 Résultats d'examen, précisez lesquels : .....  
 Dossier radiologique  
 Dossier infirmier  
 Autres pièces : .....

Date(e) d'hospitalisation ou de consultation	Service(s) concerné(s)

**Transmission selon l'une des modalités suivantes :**

- Consultation sur place en présence d'un médecin du service (en mesure de répondre à vos éventuelles interrogations)
- Envoi postal à votre domicile en recommandé avec AR (photocopies et frais d'envoi à la charge du demandeur)
- Remise de copies sur place (frais de photocopies à la charge du demandeur)
- Désignation d'un médecin comme intermédiaire  
(Nom, Prénom, Adresse) .....

**Facturation des copies de dossiers médicaux :**

Conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique et à l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2001, la reproduction des documents vous sera facturée. En revanche, la consultation sur place (sans reprographie) est gratuite.

*Tarifs :*

- 0,18€ la page format A4
- 2,75€ le cédérom
- 0,58€ le film radio format 20x25
- 0,90€ le film radio format 25x30
- 1,06€ le film radio format 26x36
- 1,57€ le film radio format 36x43

Date : .....

Signature :

*Document à retourner à l'adresse suivante :  
Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques  
64 Avenue du professeur Leriche - BP 40252  
67504 HAGUENAU Cedex  
ou à l'adresse mail : sec.qualite@ch-haguenau.fr*