

**DEMANDE DE COMMUNICATION
D'INFORMATIONS MEDICALES PAR LE PATIENT
OU SON REPRESENTANT LEGAL**

Conformément aux dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et du décret n° 2003-462 du 21 mai 2003, vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical.

Les modalités d'accès au dossier médical sont régies par les articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de la Santé Publique.

Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à la Direction du centre hospitalier – 56 avenue Pierre Brûlé – 72400 LA FERTE BERNARD :

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,

né(e) le demeurant :

.....

Numéro de téléphone :

Agissant en qualité de :

Patient

Représentant légal de : patient mineur patient sous tutelle

Nom : Nom de naissance

Prénom : Date de naissance :

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

Copie d'une pièce d'identité du demandeur (carte nationale d'identité, permis de conduire, passeport)

Si la demande concerne un enfant mineur :

Copie complète du livret de famille

En cas de séparation des parents, document justifiant du droit parental

Si la demande concerne un patient sous tutelle :

Copie pièce d'identité de la personne concernée par le demande

Copie du jugement de tutelle

PIECES SOUHAITEES

Dossier radiologique Compte rendu opératoire Compte rendu de consultation

Compte rendu d'hospitalisation ou lettre de liaison Examens de biologie

Dossier anesthésie Autres examens, précisez lesquels :

.....

PERIODES D'HOSPITALISATION OU DE CONSULTATION CONCERNEES PAR LA DEMANDE

Dates	Services d'hospitalisation ou de consultation

MODE DE COMMUNICATION – Article L.1111-7 du CSP

- Je demande que les copies me soient adressées par courrier recommandé avec accusé de réception ⁽¹⁾
- Je souhaite récupérer la copie du dossier sur place. Un rendez-vous me sera proposé dès que le dossier sera prêt. Je devrai me munir de ma carte d'identité.
- Ne pouvant me déplacer, j'autorise Madame, Monsieur
à récupérer le dossier médical. N° téléphone :
Un rendez-vous sera fixé avec la personne désignée dès que le dossier sera prêt, qui devra se munir de sa carte d'identité.
- Consultation sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé sur rendez-vous) – article L1.1112-1 du Code de la santé publique

(1) Procédure interne : L'établissement vous transmet vos documents par courrier recommandé avec accusé de réception, dont les coûts sont à votre charge, afin d'éviter tous risques de transmission des documents à une personne non habilitée.

TARIFS**Les frais de reproduction et/ou d'envoi seront facturés à partir de 5 € :**

Article L.1111-7 du Code de la Santé Publique « *La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction, et le cas échéant, de l'envoi des documents* ».

Suivant la décision n°2025-09 de la Direction fixant le tarif à compter du 1^{er} avril 2025 :

- Vous seront facturés :
- Les copies
 - Photocopie – noir et blanc – format A4 à 0,50 €
 - Photocopie – noir et blanc – format A3 à 0,60 €
 - Copie CD à 8,70 € l'unité
 - Les frais d'envoi

Cette facture vous sera adressée par le Trésor Public.

A..... Le
SIGNATURE :

Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute disposition nécessaire afin d'en éviter la divulgation, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banque, assurance...).