



DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : à :

Domicilié(e) à :

.....

- Demande communication de la copie de mon propre dossier médical. Je joins le justificatif d'identité suivant :

- Copie de ma carte d'identité
- Copie de mon permis de conduire
- Copie de mon livret de famille
- Autre, à préciser

- Demande communication du dossier médical de :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : à :

- J'ai la qualité suivante :

- Titulaire de l'autorité parentale : Père Mère
 - Fournir une copie du livret de famille
 - En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales

- Délégué de l'autorité parentale :
 - Fournir la décision du juge aux affaires familiales

- Tuteur :
 - fournir l'ordonnance du juge des tutelles

- Ayant droit

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Frère Soeur | <input type="checkbox"/> Père Mère |
| <input type="checkbox"/> Enfant | <input type="checkbox"/> Autre parent | <input type="checkbox"/> Autre |

- Fournir le justificatif de cette qualité (livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité, contrat particulier)
- Motif de la demande pour les ayants droit, en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique :

- Connaître les causes de la mort :
-
-
-
-
- Défendre la mémoire du défunt :
-
-
-

-
-
- Droits à faire valoir :
 - Droit à pension :
 -
 - Droit à assurance :
 -
 - Réparation d'un préjudice :
 -
 - Autre, à préciser :
 -
- J'explicité ma demande comme suit :
-
-
-

- Voici les références du/des séjours et des services sur lesquels portent les pièces demandées :

- Je souhaite avoir les pièces de mon dossier médical correspondant aux séjours suivants :
 - Etablissement(s) : Archet Cimiez Pasteur St-roch Tende
 - Service(s).....
 - Période(s) d'hospitalisation (préciser la ou le périodes) :
- Je souhaite avoir la totalité de la copie de mon dossier médical détenu par le CHU de Nice

- Voici la nature des pièces demandées :

- Les comptes rendus :
-
- Les pièces jugées les plus significatives par les médecins du service (comptes rendus, clichés de radiologie etc) :
-
-
- Autres, à préciser :
-
-
-

- Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales :

- Je demande à venir consulter sur place le dossier médical :
 - Je serai seul
 - Accompagné d'une tierce personne
 - D'un médecin
 - Je prends acte du fait que je bénéficierai de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales, que je pourrai me faire remettre copie des documents médicaux que je mentionnerai
- Afin de fixer un rendez-vous pour la consultation du dossier médical, je souhaite être contacté à l'adresse suivante :
-
- Téléphone :
- Email :
-
- Je demande que la copie du dossier médical soit adressé à :
 - Moi même, à l'adresse suivante :
 -
 - Un médecin, à l'adresse suivante :
 -

.....
- Je viendrai retirer moi-même le dossier

- **Attestation :**

- Je soussigné(e), M., Mme, Mlle
- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- et accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé des documents médicaux que je pourrai demander.

- **Tarif unitaire des copies des documents médicaux :**

- Pages de format A4 en impression noir et blanc : 0,18 €
- Pages de format A4 en impression couleur : 0,40 €
- Contretype radio de dimension 24/30 : 1,00 €
- Contretype radio de dimension 36/43 : 2,50 €
- Contretype radio de dimension 30/40 : 1,70 €
- Disquette informatique : 1,83 €
- Cédérom : 2,75 €
- Frais d'envoi postal (*lettre ou colis recommandé avec accusé réception*) : à partir de 4,33 €

J'ai bien noté que la copie du dossier médical me sera remise ou adressée par le CHU de Nice à réception du paiement dont le montant m'aura été communiqué.

A Le : Signature du demandeur :