

Formulaire de demande d'accès au dossier patient à la demande d'un Tiers demandeur

Identité du demandeur

Monsieur Madame _____

Née le ____/____/____

Ayant droit de :

Monsieur Madame _____

Née le ____/____/____ Décédé(e) le ____/____/____

Motif de la demande* :

Connaissance des causes du décès

Faire valoir ses droits* _____

Défense de la mémoire du défunt* _____

**Préciser obligatoirement quels droits vous souhaitez faire valoir ou en quoi la mémoire du patient doit être défendue.*

Le motif de la demande doit être motivé par un des 3 motifs ci-dessus selon l'article L 1110-4 du code de la santé publique.

Communication des données médicales

Renseignements facilitant la recherche du dossier, date d'hospitalisation ou de consultation, services, nom du médecin hospitalier (seuls les éléments du dossier conformes aux critères mentionnés ci-dessus seront communicables) :

Transmission des données médicales

Envoi du dossier par courrier postal à l'adresse suivante :

Remise en main propre contre signature et présentation de la pièce d'identité

Consultation du dossier sur place

avec accompagnement d'un médecin hospitalier (optionnel)

Prendre Rendez-vous à la Direction Générale au 03.23.24.34.11

Pièces justificatives

Copie de la pièce d'identité du demandeur

Certificat d'ayant droit : acte notarié, certificat d'hérédité

Acte de décès

Extrait du livret de famille

Preuve des droits à faire valoir

Tarifs de reproduction de dossier médical

Copie papier A4 0.18 €

Copie CDROM 2.75 €

Possibilité d'envoi en recommandé avec accusé de réception à la charge du demandeur, prix variable selon le poids du dossier médical.

Je déclare les informations renseignées exactes.

Nom Prénom : _____

Date : ___/___/_____

Signature :

Formulaire à destination de :

Centre Hospitalier de LAON
Monsieur le Directeur
33, rue Marcelin Berthelot CS 40640
02001 LAON Cedex 1
OU

secret.affairesgenerales@ch-laon.fr

En cas de doute ou d'interrogation, joindre le secrétariat des affaires générales du Centre Hospitalier de LAON au 03.23.24.34.11.

Toute demande incomplète ou jugée irrecevable vous sera notifiée et ne sera pas traitée par les services administratifs du Centre Hospitalier de LAON.

Partie réservée au Centre Hospitalier de LAON

Réception :

Formulaire reçu le ___/___/_____

Cachet de l'établissement :

Observations : Dossier complet Dossier incomplet