

# DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT

## LE DEMANDEUR

Madame     Monsieur    Nom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Adresse.....

C.P. .... Ville : ..... Tél. : .....

## QUALITE DU DEMANDEUR

Patient     Tuteur     Titulaire de l'autorité parentale     Ayant droit / concubin / partenaire de pacs

## MOTIVATION EN CAS DE DEMANDE CONCERNANT LE DOSSIER D'UN PATIENT DECEDE (Partie à compléter uniquement par les ayants droit, concubin ou pacsé)

Connaitre les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt, pour les motifs suivants (à préciser obligatoirement) : .....

Faire valoir vos droits, pour les motifs suivants (à préciser obligatoirement) : .....

Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus.

## IDENTITE DU DOSSIER

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Né(e) le : .....

N° Sécurité Sociale : . / . . / . . / . . / . . / . . / . .

Service d'hospitalisation : ..... Période d'hospitalisation : .....

## NATURE DE LA DEMANDE

Consultation d'une partie du dossier correspondant à une hospitalisation particulière (préciser la période et/ou le service de soins) : .....

Consultation de(s) pièce(s) du dossier (préciser lesquelles) : .....

Consultation de l'ensemble du dossier

## MODALITES DE COMMUNICATION

Consultation sur place sans accompagnement médical \*     Consultation sur place avec accompagnement médical \*

Retrait sur place des documents     Envoi postal     Envoi postal à un médecin de mon choix

En cas d'envoi postal au médecin de votre choix, préciser ses coordonnées : Dr .....

Adresse.....

C.P. .... Ville .....

Fait à ..... le ..... Signature :

\*Uniquement sur rendez-vous

## LES PIÈCES À JOINDRE AU FORMULAIRE

QUALITÉ DU DEMANDEUR	PIÈCES À FOURNIR
En cas d'envoi postal à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Joindre un justificatif de domicile, si l'adresse d'envoi est différente de celle figurant sur la pièce d'identité</li> </ul>
Patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie recto/verso d'une pièce d'identité</li> </ul>
Ayant droit* Concubin Pacsé	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie recto/verso d'une pièce d'identité</li> <li>ET</li> <li>◆ Copie de l'acte de décès</li> <li>ET</li> <li>◆ Copie d'un document justifiant de votre qualité d'ayant-droit, de concubin ou de partenaire lié par un PACS, selon les cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Votre extrait d'acte de naissance (pour les descendants directs)</li> <li>○ Copie du livret de famille (pour les époux)</li> <li>○ Acte de notoriété / Attestation du notaire</li> <li>○ Certificat d'hérédité</li> <li>○ Contrat vous désignant comme bénéficiaire</li> <li>○ Contrat PACS</li> <li>○ Justificatif du concubinage (attestation de la mairie)</li> </ul> </li> </ul>
Tuteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie recto/verso d'une pièce d'identité</li> <li>ET</li> <li>◆ Copie du jugement ou arrêt rendu</li> </ul>
Titulaire de l'autorité parentale*  Selon le cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parents sans décision judiciaire modifiant l'autorité parentale</li> <li>• Parents divorcés</li> <li>• Enfant reconnu avant l'âge d'un an par les parents</li> <li>• Déclaration conjointe d'exercice de l'autorité parentale</li> <li>• Décision du juge aux affaires familiales ou de la cour d'appel</li> <li>• Autorité parentale exercée par un tiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie recto/verso d'une pièce d'identité dans tous les cas</li> <li>ET</li> <li>◆ Copie de l'extrait de l'acte de naissance avec filiation complète de l'enfant, ou, copie du livret de famille</li> <li>◆ Copie de l'ordonnance, du jugement ou de l'arrêt rendu</li> <li>◆ Copie du livret de famille</li> <li>◆ Copie de la déclaration conjointe</li> <li>◆ Copie du jugement ou de l'arrêt rendu</li> <li>◆ Copie du jugement ou de l'arrêt rendu</li> </ul>

## COUT DE CONSULTATION DU DOSSIER

La consultation du dossier, sur place, sans remise de copie, est gratuite, sur simple rendez-vous.

La reproduction et l'envoi, en recommandé avec accusé de réception pour des raisons de confidentialité, du dossier seront facturés sur la base d'un forfait de 15,00 euros pour les envois postaux et de 9,00€ en cas de retrait sur place.

Le règlement s'effectue par chèque libellé à l'ordre du Trésorier Principal Municipal de Sarreguemines

## DELAIS DE COMMUNICATION

Il faut compter de 2 à 8 jours maximum, entre la réception de la demande et l'accès au dossier. Ce délai est porté à 2 mois pour les dossiers datant de plus de 5 ans et lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatrique est saisie.

## OU ENVOYER LE FORMULAIRE ?

Veuillez adresser et envoyer ce formulaire à :

Monsieur le Directeur du  
Centre Hospitalier Robert-PAX  
2 rue René-François Jolly – B.P. 50025  
57211 SARREGUEMINES Cedex

**En cas de demande imprécise ou de non paiement des frais de reproduction du dossier, vous avez la possibilité de venir consulter sur place sur simple rendez-vous.**

\* La communication du dossier médical peut être refusée aux ayants droit, concubin, partenaire lié par un PACS ou titulaires de l'autorité parentale en cas d'opposition exprimée par le patient.