



**FORMULAIRE DE DEMANDE
D'ACCES AU DOSSIER
MEDICAL PATIENT**

PR/SSPR/DOC
2.6.6.1.6164.2

Date : 25/05/2018

Page : 1 / 1

Formulaire à adresser, daté et signé, par courrier accompagné des pièces justificatives précisées en bas de page à : **CLINIQUE MONIE – CDU – Route de Revel – 31290 VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS**

Nom du patient : Prénom du patient :

Période d'hospitalisation (mois/année) : Date de naissance : / /

Nom du demandeur : Prénom du demandeur :

Adresse du demandeur :
.....

Qualité du demandeur :
(Cocher une case ci-dessous)

Le patient		Le médecin éventuellement désigné	
Le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale		Le mandataire du patient ou des ayants droits (notaire, avocat, ...)	
Le tuteur			
Les ayants droits (*) EN CAS DE DECES DU PATIENT UNIQUEMENT			
(préciser le lien de parenté) :			

(*) Accès des ayants droits (Sous réserve d'absence d'opposition du défunt)

Obligation de motiver la demande conformément aux dispositions du code de la santé publique
(Cocher une case ci-dessous) :

- « Connaitre les causes du décès »
- « Faire valoir un droit »
- « Défendre la mémoire du défunt »

Mode de consultation choisi :

(Cocher une case ci-dessous)

- Consultation sur place (gratuite)
- Envoi postal du dossier médical (coûts de reproduction et d'envoi facturables)

Date : / /

Signature du demandeur :

Documents à joindre :

- copie de la Carte Nationale d'Identité du demandeur
- courrier de désignation du médecin (le cas échéant)
- communication d'un mandat exprès (le cas échéant)
- copie du jugement de tutelle (le cas échéant)