



Cf. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients – Code de la Santé Publique : art L 1111-7, R 111-1 à R 1111-8
Arrêté du 5 mars 2004 - Circulaire du 21/08/2009

1 Identité du demandeur :

Je soussigné(e), Mme, Melle, Mr, NOM (Nom de jeune fille) :Prénom :

Date de naissance : / ____ / ____ / _____

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ :Mail éventuel :

2 Vous êtes :

le patient

le représentant légal de Nom, Prénom : Date de naissance :

le titulaire de l'autorité parentale de Nom, Prénom : Date de naissance :

✗ PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT ➔ Photocopie recto verso d'une pièce d'identité

ET : Si vous êtes le titulaire de l'autorité parentale ➔ la Photocopie de votre livret de famille

Si vous êtes le représentant légal ➔ la Photocopie de l'ordonnance du juge

✗ COMMUNICATION DU DOSSIER

Quels sont les éléments du dossier que vous désirez consulter ? :

Compte-rendu d'hospitalisation

Dossier complet

Autre (à préciser) :

.....

✗ Renseignements facilitant la recherche du dossier : date(s) de séjour ou de prise en charge :

.....

3 ou Vous êtes :

un ayant droit

de : NOM, (Nom de jeune fille), Prénom du patient :

Date de naissance du patient :Date de décès du patient :

Indiquer nécessairement le ou les motif(s) de votre demande :

Connaître les causes de la mort de la personne

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir vos droits

Le médecin communiquera les pièces
du dossier permettant de répondre au
motif exprimé.

✗ PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT ➔ Photocopie recto verso d'une pièce d'identité

ET Justificatif de votre qualité d'ayant droit (copie du livret de famille justifiant de votre lien de parenté ou acte de notoriété délivré par le notaire de la succession) **ET** Acte de décès.

✗ Renseignements facilitant la recherche du dossier : date(s) de séjour ou de prise en charge :

.....



4 Modalités d'accès au dossier du patient

Vous souhaitez :

Recevoir les copies du dossier à votre domicile

Que soient adressées les copies du dossier au médecin de votre choix, précisez :

Nom et adresse du médecin :

.....

.....

...

Consulter le dossier sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

Une remise de copies du dossier sur place

Dans tous les cas, la délivrance de photocopies et l'envoi postal en recommandé avec accusé de réception sont à la charge du demandeur, selon les tarifs suivants :

- Copie documents papier : € l'unité
- Frais d'expédition (lettre avec accusé réception) : tarifs de la Poste en vigueur

Cette demande sera traitée dès réception de ce formulaire complété et accompagné des pièces justificatives.

Dossier complet à adresser à :

M. Le Directeur Général
Association Hospitalière de Bretagne
2, route de Rostrenen
22110 Plouguernevel

Date de la demande :

Signature du demandeur :