



DEMANDE DE DOSSIER PATIENT

**1 Identité du demandeur :**

Je soussigné(e),

NOM de naissance : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... Adresse mail : .....

**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

✎ PIECES DU DOSSIER SOUHAITEES

☐ 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 naissance), 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 (Merci de joindre un courrier motivé précisant le motif de la demande) :

☐ Faire valoir vos droits (Merci de joindre un courrier motivé précisant le motif de la demande) :

Le médecin communiquera uniquement les pièces du dossier  
permettant de répondre aux motifs exprimés, sauf  
opposition formelle du patient mentionnée dans son dossier

✎ 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

Les frais du 1er envoi sont pris en charge par l'établissement, le demandeur n'a aucune somme à régler.  
Pour d'éventuels envois ultérieurs, la délivrance de photocopies et l'envoi postal en recommandé avec accusé de réception sont à la charge du demandeur, selon les tarifs 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 :