



DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

Joindre **IMPERATIVEMENT UNE COPIE DE VOTRE PIECE D'IDENTITE** et **tout document** attestant votre qualité de *représentant légal* d'un mineur ou d'un incapable majeur **ou d'ayant droit** d'un patient décédé (copie du livret de famille).

Je soussigné(e) Mme Mlle M. [NOM, prénom]

NOM de naissance : Né(e) le : / / Tél :

Domicilié(e) :

Adresse mail :

Demande à obtenir communication (Cochez la case correspondante à votre demande) :

de mon dossier médical

OU

du dossier médical de : [NOM, prénom du patient].....

Né(e) le / /

dont je suis : Père, Mère

la personne exerçant une mesure de protection avec représentation à la personne

la personne disposant d'un mandat écrit du patient (justifié par une pièce d'identité du patient)

Ayant droit d'une personne décédée Motifs (un seul choix possible) : pour connaître les causes du décès,

pour défendre la mémoire,

pour faire valoir des droits

Précision sur le motif coché :

Il vous sera adressé les éléments essentiels de votre dossier (compte-rendu opératoire, compte-rendu d'hospitalisation et lettre de sortie). Si vous avez une demande spécifique ou si vous souhaitez recevoir un document en particulier, merci de le préciser :

.....
.....
.....

De la façon suivante : (Cochez une seule case)

Envoi de photocopies à mon adresse par courrier simple

en accusé réception

Ou Envoi de photocopies au Docteur [Nom, prénom et adresse] :

.....
.....

Ou Consultation sur place dans le service, en présence d'un médecin hospitalier.

(Prendre RDV auprès du Secrétariat du Service concerné)

Renseignements obligatoires facilitant la recherche du dossier : Date(s) et service(s) de soins concernés par votre demande :

.....
.....
.....

Date : / /

Signature :

Ce document est à envoyer à :

Par courrier: CHU DIJON - Archives Centrales – Bât 23F - 14 rue Paul Gaffarel BP 77908 21079 Dijon Cedex
ou par e-mail : dossier.patient@chu-dijon.fr