

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :	En qualité de :
Prénom :	☐ Patient
Date de naissance : ____ / ____ / ____	☐ Titulaire de l'autorité parentale (parent ou tuteur d'un mineur)
	☐ Tuteur d'une personne majeure protégée
	☐ Ayant droit d'une personne décédée
Téléphone :	Adresse postale :
E-mail :	

i L'ayant droit (successeur légal) doit démontrer que la personne décédée ne s'était pas opposée de son vivant à la communication des informations médicales.

PERSONNE CONCERNÉE PAR LES INFORMATIONS MÉDICALES

Nom :	Lien avec le demandeur :
Prénom :	☐ Moi-même (concerne votre propre dossier)
Date de naissance : ____ / ____ / ____	☐ Mineur sous mon autorité parentale
	☐ Majeur sous tutelle
	☐ Personne décédée (date du décès : ____ / ____ / ____)
Téléphone :	Adresse postale :
E-mail :	

OBJET DE LA DEMANDE (DOCUMENTS SOUHAITÉS)

- ☐ L'ensemble du dossier médical
- ☐ Documents relatifs à une hospitalisation : Du ____ / ____ / ____ Au ____ / ____ / ____
- ☐ Comptes-rendus d'hospitalisation depuis le : ____ / ____ / ____
- ☐ Dossier de soins infirmiers depuis le : ____ / ____ / ____
- ☐ Résultats d'examens (anatomo-pathologie, bactériologie, imagerie, ...) **i**

i Plus la demande est précise (hors demande à tout le dossier), plus son traitement sera rapide.

MOTIFS DE LA DEMANDE (UNIQUEMENT POUR LES AYANTS DROIT)

- | | |
|---|--|
| ! Seuls les documents répondant strictement au(x) motif(s) ci-contre pourront être transmis. | ☐ Connaître les causes du décès |
| | ☐ Défendre la mémoire du défunt |
| | ☐ Faire valoir mes droits |

En quoi ces informations vous sont nécessaires ?

.....

MODALITÉS DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

- | | |
|---|----------------------------|
| ☐ Envoi postal à mon adresse | Nom du médecin : |
| ☐ Consultation sur place  | Adresse du médecin : |
| ☐ Transmission au médecin ci-contre. | |

 Si je souhaite des copies, je vous l'indiquerais alors.

DÉLAI LÉGAL DE COMMUNICATION (À RÉCEPTION DE LA DEMANDE)

Documents de moins de 5 ans → délai légal : 8 jours

Documents de plus de 5 ans → délai légal : 2 mois

ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

Conformément au RGPD (art. 12§5 et 15§3), la première copie de mes données personnelles (mon dossier médical) est gratuite. Des frais raisonnables ne peuvent être demandés que pour les copies supplémentaires ou les demandes manifestement infondées/excessives.

- ☐ Je demande une première copie gratuite
- ☐ Je demande des copies supplémentaires et j'accepte, le cas échéant, la facturation des frais de reproduction et d'envoi (tarifs communiqués préalablement)

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

Obligatoires pour tous

- ☐ **Pièce d'identité recto/verso** (carte d'identité, passeport, titre de séjour).

Pour les titulaires de l'autorité parentale

- ☐ **Livret de famille** (parents mariés sans qu'aucune décision judiciaire n'ait modifié l'autorité parentale)

- ☐ **Livret de famille ou extrait de naissance** (enfant reconnu avant l'âge d'un an)

- ☐ **Jugement, Ordonnance ou Arrêt** rendu en cas de divorce, de séparation, de déclaration conjointe d'exercice de l'autorité parentale à un Tribunal de Grande Instance, de décision judiciaire sur l'autorité parentale

Pour les tuteurs

- ☐ **Jugement de tutelle**

Pour les ayants droit

- ☐ **Fiche familiale d'état civil** (cf. État Civil), ou
- ☐ **Certificat d'hérédité** (cf. Notaire), ou
- ☐ **Livret de famille**

DATE ET SIGNATURE