



**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX OU D'UN  
DOSSIER MEDICAL PERSONNEL**  
**(articles L.1111-7 et R.1111-1 à R.1111-8 du code de la Santé Publique)**

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

☐ Monsieur

☐ Madame

NOM : .....

NOM de Naissance : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Numéro de telephone : .....

Adresse mail : .....

Si le demandeur n'est pas le patient, préciser le lien vous unissant à lui :

☐ Père

☐ Mère

☐ Tuteur (si incapable majeur)

☐ Mandataire

☐ Ayant-droit (préciser le motif de demande) :

☐ Connaitre les causes de la mort

☐ Défendre les droits du défunt

☐ Faire valoir mes droits

NB : se reporter au verso pour les pieces justificatives à joindre à la demande

**IDENTITÉ DU PATIENT (SI DIFFERENT DU DEMANDEUR)**

☐ Monsieur

☐ Madame

NOM : .....

NOM de Naissance : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

**PRÉCISIONS RELATIVES À L'HOSPITALISATION**

Date d'hospitalisation : du ...../...../..... Au ...../...../.....

NOM du médecin : .....

Spécialité : .....

**DOCUMENTS À COMMUNIQUER :**

Veuillez préciser les documents que vous souhaitez :

☐ Compte rendu opératoire

☐ Lettre de liaison à la sortie

☐ Intégralité du dossier

☐ Autre (précisez) :

.....



**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX OU D'UN  
DOSSIER MEDICAL PERSONNEL**  
**(articles L.1111-7 et R.1111-1 à R.1111-8 du code de la Santé Publique)**

**MODALITÉS DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS MÉDICAUX :**

☐ A consulter sur place,

Dans ce cas, je souhaite être accompagné d'un médecin :

☐ OUI

☐ NON

☐ à me remettre en mains propres dans les locaux de la Polyclinique du Beaujolais

☐ à m'envoyer en courrier recommandé avec avis de reception

☐ à me transmettre par mail via messagerie sécurisée, (adresse mail et numéro de telephone portable indispensable)

Le demandeur est informé :

- Que les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications.
- Que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux)
- Que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de reception de la demande complete pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens.
- Que les documents datant de plus de 20 ans peuvent être d'ores et déjà détruits, conformément à l'article R.1112-7 du Code de la Santé Publique).

Documents à joindre à la demande	
Demandeur	Pièces à fournir
Majeur capable	Copie recto-verso de la pièce d'identité
Personne titulaire de l'autorité parentale	Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient Copie du livret de famille ou de la decision de justice attribuant tout ou partie de l'autorité parentale
Représentant legal d'un majeur sous tutelle	Copie recto-verso de la pièce d'identité du tuteur Copie recto-verso de la pièce d'identité du majeur protégé Copie de la decision de justice vous attribuant la qualité de tuteur
Ayant-droit	Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur Copie du livret de famille justifiant du lien familial
Mandataire	Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient Courrier du patient désignant le demandeur comme mandataire

Date de la demande : ...../...../.....

Signature :