

**Demande de communication de documents médicaux  
ou d'un dossier médical personnel**

(Articles L.1111-7 et R.1111-1 à R.1111-8 du Code de la Santé Publique)

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

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

Père

Mère

Tuteur (si patient incapable majeur)

Mandataire

Ayant droit (préciser le motif de la demande) :

Connaître les causes de la mort

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir mes droits

**NB** : Se reporter à au verso pour les pièces justificatives à joindre à la demande

**IDENTITE DU PATIENT (si différent du demandeur)**

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

**PRECISIONS RELATIVES A L'HOSPITALISATION**

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

Site d'hospitalisation :  HPPS  Clinique Lamartine (Thonon)  Polyclinique de Savoie (Annemasse)

NOM du Médecin : ..... Spécialité : .....

N° d'identification du patient (IPP), si connu : .....

**DOCUMENTS A COMMUNIQUER**

Veuillez préciser quels documents vous souhaitez obtenir :

Le compte rendu opératoire

Le compte rendu d'hospitalisation

L'intégralité du dossier médical

Le ou les documents suivants : .....

**MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS MEDICAUX**

A consulter sur place (*gratuit*)

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

Oui

Non

A me remettre en mains propres, sur le site de l'Hôpital privé Pays de Savoie (*coût de la photocopie*) -

**ATTENTION** : impérativement nous communiquer un numéro de téléphone

A m'envoyer en lettre recommandée avec avis de réception (*coût de la photocopie et application d'un forfait selon le poids de l'envoi*)

Coût de l'envoi en lettre recommandée avec avis de réception (selon l'article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005)		
Forfait d'envoi en lettre recommandée avec avis de réception		Photocopie
Entre 0 et 20 grammes	5,10 euros	0,18 euros par feuille A4
Entre 20 et 50 grammes	5,60 euros	
Entre 50 et 100 grammes	6,65 euros	
Entre 100 et 250 grammes	7,30 euros	
Entre 250 et 500 grammes	8,35 euros	
Entre 500 grammes et un kilo	9,45 euros	

Le demandeur est informé :

- Que les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications. Le médecin pourra donc parfois souhaiter que leur communication s'effectue avec des précautions particulières, en conformité avec ses obligations déontologiques.
- 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 réception de sa demande pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens.
- Que tout document datant de plus de 20 ans est d'ores et déjà détruit, (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 et du patient Copie du livret de famille ou de la décision de justice attribuant tout ou partie de l'autorité parentale <i>Le mineur peut refuser à son/ses représentants légaux l'accès à son dossier médical ou le conditionner à la présence d'un médecin lors de sa consultation.</i>
Représentant légal d'un majeur sous tutelle	Copie recto-verso de la pièce d'identité du tuteur et du majeur protégé Copie de la décision 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 et du patient Courrier du patient désignant le demandeur comme mandataire

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

Signature :