



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MÉDICAL**

**1. IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

Je soussigné(e) Mme / Melle / M (nom, prénom, nom de jeune fille) .....

Né(e) le .....

Domicilié(e) .....

N° de Téléphone (nécessaire pour vous appeler en cas de difficulté) .....

Agissant en qualité de :

..<sup>1</sup>Patient

Motif de la demande : .....

Représentant légal (père, mère, tuteur) de : (nom, prénom) : .....

Motif de la demande : .....

Ayant droit de : (nom, prénom, nom de jeune fille) .....

Né(e) le .....décédé(e) le .....

Pour les ayants droit : motif de la demande de communication :

..... Connaître les causes de la mort

..... Défendre la mémoire du défunt

..... Faire valoir mes droits

**2. INFORMATIONS RELATIVES À L'HOSPITALISATION**

Date/période d'hospitalisation du séjour concerné : .....

Nom du médecin responsable du séjour : .....

**3. Documents souhaités :**

Le ou les comptes rendus

Le dossier intégral

Autre (à préciser) .....

**4. Modalités de communication du dossier médical**

Je choisis la consultation du dossier sur place (vous serez contacté par téléphone pour organiser un rendez-vous)

Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations.

**Le présent formulaire, dûment rempli et signé, doit impérativement être accompagnée la photocopie d'une pièce d'identité valide du demandeur ainsi que :**

- Pour les représentants légaux d'un mineur : une photocopie de tout document attestant leur autorité parentale (livret de famille, jugement, etc.) ;
- Pour les représentants légaux d'un majeur sous tutelle : une copie du jugement leur confiant la tutelle ;
- Pour les ayants droit d'un patient décédé : une photocopie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient.

Dès réception de votre demande et des pièces justificatives, la préparation des documents sera organisée et l'avis de paiement des photocopies et frais d'envoi vous sera transmis. **Dans tous les cas, la recherche (archivage dans une société extérieure), la délivrance des photocopies et l'envoi postal en recommandé avec accusé de réception sont à la charge du demandeur.**

Date :

Signature :

Le présent document complété et les pièces justificatives sont à adresser à :  
Secrétariat de direction – CLINIQUE TIVOLI DUCOS – 91 rue de Rivière 33000 BORDEAUX

Cout frais de recherche : 38 € (si date d'intervention > à 18 mois)  
Cout de reproduction d'une feuille : 0,017 € (A4)

Cout envoi postal (recommandé avec accusé de réception) : selon le poids et le tarif en vigueur

<sup>1</sup> Case à cocher