

1 Je Soussigné(e) : Identité du DEMANDEUR (patient ou représentant légal ou ayant-droit)

Nom et prénom du demandeur : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone : Courriel :

- demande la communication de mon dossier médical ou éléments le constituant -> **passer directement au remplissage de la partie 3**
- demande la communication du dossier médical d'une tierce personne -> **passer au remplissage de la partie 2**

2 Justifie la recevabilité de ma demande et précise l'identité du PATIENT CONCERNÉ

Agissant en qualité de :

- Ayant-droit -> précisez le lien de parenté :
 Représentant légal Tuteur

Ma demande concerne le patient :

Nom de naissance : Nom d'usage :

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

3 Je demande la communication des éléments suivants

- Compte-rendu d'hospitalisation Compte-rendu opératoire
 Autres pièces -> Préciser :

Dates du (des) séjour(s) :

Séjour du/...../..... au/...../..... - Séjour du/...../..... au/...../..... - Séjour du/...../..... au/...../.....

4 Pour le motif suivant :

- Connaitre les causes de la mort Défendre la mémoire du défunt
 Faire valoir mes droits Autre :

5 Selon les modalités suivantes :

- Envoi postal à mon domicile en lettre recommandée Remis sur place à l'hôpital
 Consultation du dossier sur place en présence d'un médecin

4 J'ai pris connaissance des INFORMATIONS et PIÈCES A JOINDRE ci-dessous :

Documents obligatoires à joindre :

• **Photocopie de la pièce d'identité (recto/verso) du demandeur ainsi que :**

- Cas des représentants légaux d'un mineur : une copie de tout **document attestant de l'autorité parentale (livret de famille, extrait d'acte de naissance, jugement...).**
- Cas des représentants légaux d'un majeur sous tutelle : une **copie du jugement de tutelle**.
- Cas d'un ayant-droit pour une demande relative à un patient décédé : **copie du livret de famille + acte de décès**

• **Photocopie de la pièce d'identité (recto/verso) du patient**

Délais d'envoi : Dossier médical datant de moins de 5 ans = 8 jours à réception de la demande complète.

Dossier médical datant de plus de 5 ans = 2 mois à réception de la demande complète.

Durée de validité de la demande : Les demandes restant incomplètes dans les 2 mois suivants la demande d'éléments complémentaires sont considérées comme caduques.

Adresse d'envoi du formulaire et pièces justificatives :

*Monsieur le Directeur - Hôpital Privé Paul d' Egine
35 rue de Musselburgh – 94500 CHAMPIGNY-SUR-MARNE*

5 Je valide ma demande

Date :/...../.....

Nom et signature du demandeur :