

#### Enregistrement

## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIERS MEDICAUX

Document N°: PCB-ENR-0272

Page 1/3

Date d'application : 15 sept. 2025

Version: 003

1. Identite du demandeur – A remplir	imperativement
Je soussigné(e) : ☐ Mme ☐ M. <i>(Cocher la case</i>	correspondante)
Nom de naissance :	Prénoms :
Nom d'usage :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Tél n°1 (obligatoire):	Tél n°2 (facultatif) :
Courriel :	N° Sécurité Sociale + clé:
2. Identité du patient	
Je sollicite la communication des éléments cons	titutifs du (Cocher la case correspondante A ou B ou C)) :
<b>A.</b> □ Dossier médical me concernant person Pour le motif suivant (facultatif) : □ Déménagen	nnellement nent □ Changement de médecin ou de spécialiste
$\square$ Expertises $\square$ Action contentieuse envisagée	e □ Autre (précisez)
<b>B.</b> □ Dossier médical concernant un mineu □ Mme □ M	,
Nom de naissance :	Prénoms :
Nom d'usage :	
Pour le motif suivant (facultatif) : ☐ Déménagen	nent 🔲 Changement de médecin ou de spécialiste
☐ Expertises ☐ Action contentieuse envisagée [	□ Autre (précisez)
<u>J'agis en qualité de représentant légal :</u> (Cocher le	a case correspondante) $\square$ Titulaire de l'autorité parentale (mineur)
$\square$ Personne chargée d'une mesure de protection	n juridique avec représentation relative à la personne
☐ Personne chargée d'une mesure de protection consent expressément	on juridique avec <b>assistance</b> à la personne si le majeur protégé y
C. Dossier médical concernant une perso	nne décédée
☐ Mme ☐ M	N° Sécurité sociale :
Nom de naissance :	Prénoms :
Nom d'usage :	
	ou testamentaire), concubin ou partenaire lié par un pacte civil notif suivant (obligatoire, ne préciser qu'un seul motif) :
☐ Pour connaître les causes du décès	

(1) Merci de motiver votre demande, les médecins ne communiqueront que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus - sans justification la demande ne pourra être traitée.



### Enregistrement

## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIERS MEDICAUX

Document N°: PCB-ENR-0272

Page 2/3

Date d'application : 15 sept. 2025

Version: 003

#### 3. Eléments constitutifs du dossier médical

	Votre demande sera plus facile à honorer si elle précise les éléments souhaités. Période(s) concernée(s) et/ou établissement concerné (anciennement clinique La R	
Ser	Service(s) et/ou médecin(s) concerné(s) :	
Do	Documents souhaités : (préciser les informations souhaitées ou dossier médical co	•
••••		
••••		
••••		l'hospitalisation)
	4. Choix de la transmission des documents (cocher la case corresponda	nte)
	☐ Envoi en recommandé avec avis de réception des copies à mon adresse indique	ée dans la partie 1
 	☐ Envoi en recommandé avec avis de réception des copies à un médecin (nom, p	rénom, adresse) :
	<ul> <li>□ Remise en main propre (je serai contacté(e) par téléphone lorsque les copies se</li> <li>□ A moi-même</li> <li>□ A une personne mandatée par mes soins, désignée ci-dessous, ou disposant part, et à qui il sera demandé la présentation d'une pièce d'identité :</li> </ul>	
No	Nom : Prénom :	
Lie	Lien avec le demandeur :	
	☐ Consultation sur place - Présence d'un médecin souhaitée : ☐ oui ☐ non	

Conformément à l'arrêt de la Cour de Justice de l'Union Européenne en date du 26.10.2023, la première copie est remise à titre gratuit.

En cas de demandes multiples pour un même patient décédé ou non, ou dans certaines situations exceptionnelles, l'établissement se réserve le droit d'établir un devis préalable à la remise du dossier.



# Enregistrement DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIERS MEDICAUX

Document N°: PCB-ENR-0272

Date d'application : 15 sept. 2025

Version: 003

Page 3/3

#### **PIÈCES À FOURNIR**

#### Document à retourner si la demande est : Pour vous même :

• Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)

Document à retourner si la demande est : <u>En qualité de responsable légal :</u> \* sous réserve de la non opposition du mineur ou du majeur protégé.

- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Pour les parents mariés non séparés de corps : livret de famille ou d'extrait d'acte de naissance du mineur portant mention du nom et du prénom des parents.
- Pour des parents divorcés ou mariés mais séparés de corps : copie de la décision de justice statuant sur l'autorité parentale ou l'ordonnance de séparation mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale.
- Pour les majeurs protégés : le jugement de mise sous protection.

#### Document à retourner si la demande est : Pour une personne décédée :

- ✓ Pour le conjoint ou enfant :
- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Photocopie du livret de famille de la personne décédée (complet) ou acte de naissance ou autre document permettant la qualification d'ayant droit - photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)
- ✓ Pour les autres ayants droit :
- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Acte notarié
- Photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)
- ✓ Pour le concubin :
- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Certificat de concubinage
- Photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)
- ✓ Pour le partenaire lié par un pacte civil de solidarité :
- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Contrat du PACS
- Photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.		
<u>Date :</u>	Signature précédée de « lu et approuvé » :	

Les documents seront transmis lorsque la demande sera complète. Le délai d'attente pour la communication des pièces varie selon l'ancienneté du dossier, tel que prévu par la loi. En cas d'hospitalisation du patient lors de la demande, les documents seront transmis à l'issue du séjour.

Ce document est à retourner, daté et signé, avec les pièces à fournir au Centre Hospitalier du Pays Charolais Brionnais - Monsieur le Directeur Boulevard les Charmes - 71600 Paray-le-Monial

En cas de difficulté, contacter le secrétariat de direction au : 03-85-81-84-01 ou par mail : secretariat.direction@ch-paray.fr