



## DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL DANS LE CADRE DE LA LOI DU 4 MARS 2002

Ce document est à remplir par l'intéressé et à adresser à :

*Centre Hospitalier Intercommunal de FREJUS St-RAPHAEL  
M. le Directeur  
240, avenue Saint Lambert  
CS 90110  
83608 FREJUS CEDEX*

**Nom du demandeur :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Tel :** .....

**Nom et prénom du patient si différent du demandeur :** .....

**Nom de jeune fille éventuellement :** .....

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

**Hospitalisation du :** ...../...../.....

**Dans le ou les services de :** .....

**Qualité du demandeur :** (cocher la case correspondante)

- Patient (1)
- Personne exerçant l'autorité parentale (2)
- Tuteur légal (2)
- Ayant-droit en cas de décès du patient (3)

**Pièces justificatives à joindre à la demande :**

1/ La demande est formulée par le patient : joindre la copie recto verso d'une pièce d'identité,

2/ La demande est formulée par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur : joindre la copie recto verso d'une pièce d'identité, la copie du livret de famille attestant de votre autorité parentale, la copie de la décision de justice relative à l'autorité parentale ou l'acte de jugement instituant la tutelle,

3/ La demande est formulée par un ayant droit. Joindre la copie recto verso d'une pièce d'identité, le justificatif d'ayant droit (certificat d'hérédité, photocopie livret de famille), copie de l'acte de décès. Dans ce cas, la demande est motivée pour :  Connaître la cause du décès  Pour défendre la mémoire du défunt  Pour faire valoir ses droits

**Éléments du dossier demandés** (cocher la case correspondante):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contenu complet du dossier            | <input type="checkbox"/> Examens de laboratoires |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire               | <input type="checkbox"/> Compte rendu d'imagerie |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu de fin d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Feuille des urgences    |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez :                     |  |

.....  
.....  
.....

## Modalités de communication

Je souhaite consulter le dossier sur place (Je vous transmets mes coordonnées ci-dessus pour que vous me fixiez un rendez-vous).

Lors de cette consultation,  je souhaite  je ne souhaite pas être accompagné(e) d'un praticien du service.

Je souhaite obtenir la copie des documents cochés ci-dessus et m'engage à régler la facture(\*) adressée par le CHI FREJUS/SAINT RAPHAEL dans les plus brefs délais :

Je viendrai récupérer ces documents au Centre Hospitalier (au-delà de 30 jours le dossier vous sera adressé en lettre recommandée avec accusé de réception),

Je souhaite recevoir ces documents à l'adresse indiquée ci-dessus en lettre recommandée avec accusé de réception (frais d'envoi à la charge du demandeur).

(\*) Les FRAIS de reprographie (documents papiers, radiologies, etc...) et d'envoi recommandé accusé de réception) vous seront alors FACTURES.

Tarifs : Photocopie format A4, impression noir et blanc : 0.32 € l'unité / CédéRom : 5,76 € l'unité / Contretypes de clichés radiographiques selon le format entre 5.90 € et 8.85 € l'unité.

Date :

Je soussigné(e) M., Mme, Melle,

.....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature