

	FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT	PR/SSPR/DOC 2.6.6.1.6164.0	Date : 09/09/2015
			Page : 1 / 1

Formulaire à adresser, daté et signé, par courrier accompagné des pièces justificatives précisées en bas de page à : **CLINIQUE MONIE – CRUQPC – Route de Revel – 31290 VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS**

Nom du patient : -----	Prénom du patient : -----
Période d'hospitalisation (mois/année) : -----	Date de naissance : / /

Nom du demandeur : ----- **Prénom du demandeur :** -----

Adresse du demandeur : -----

Qualité du demandeur :

(Cocher une case ci-dessous)

Le patient	<input type="checkbox"/>	Le médecin éventuellement désigné	<input type="checkbox"/>
Le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	Le mandataire du patient ou des ayants droits (notaire, avocat, ...)	<input type="checkbox"/>
Le tuteur	<input type="checkbox"/>		
Les ayants droits (*) EN CAS DE DECES DU PATIENT UNIQUEMENT (préciser le lien de parenté) :-----			<input type="checkbox"/>

(*) Accès des ayants droits (Sous réserve d'absence d'opposition du défunt)

Obligation de motiver la demande conformément aux dispositions du code de la santé publique

(Cocher une case ci-dessous) :

- « Connaitre les causes du décès »
- « Faire valoir un droit »
- « Défendre la mémoire du défunt »

Mode de consultation choisi :

(Cocher une case ci-dessous)

- Consultation sur place (gratuite)
- Envoi postal du dossier médical (coûts de reproduction et d'envoi facturables)

Date : / /

Signature du demandeur :

Documents à joindre :

- copie de la Carte Nationale d'Identité du demandeur
- courrier de désignation du médecin (le cas échéant)
- communication d'un mandat exprès (le cas échéant)
- copie du jugement de tutelle (le cas échéant)