

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

### Identité du demandeur

**Je soussigné(e) :**

Nom d'usage : .....	Nom de naissance : .....
Prénom : .....	Date de naissance : .... / ..... / .....
N° de Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	N° de Téléphone ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Adresse postale : .....	
.....	
Email : .....	
Date d'hospitalisation : .... / ..... / .....	Service d'hospitalisation : .....
Motif de la demande : <input type="checkbox"/> suivi médical <input type="checkbox"/> expertise <input type="checkbox"/> personnel <input type="checkbox"/> autre préciser : .....	

### Agissant en tant que :

- Patient (e)  
 Représentant légal de (nom- prénom) .....

Si le dossier demandé concerne un patient décédé, renseigner les parties suivantes :

- Ayant droit de : \_\_\_\_\_ Né (e) le : .... / ..... / ..... Date du décès : .... / ..... / .....

### Motifs : cocher la ou les mentions ci-dessous (obligatoire) :

- Connaître la cause du décès.....  
 Défendre la mémoire du défunt, précisez .....

### Demande la communication des documents suivants :

- Compte-rendu d'hospitalisation période du.....au.....  
 Dossier médical en lien avec mon hospitalisation du.....au.....  
 Compte rendu / support imagerie médicale .....

### Transmission selon l'UNE des modalités suivantes :

- Je choisis la mise à disposition des copies des documents demandés que je viendrai chercher.  
 Je demande l'envoi postal à mon domicile : (les photocopies sont à la charge du demandeur et le dossier est adressé après réception du règlement).

### **Justificatifs à fournir :**

- Pour toute demande, joindre au présent formulaire une photocopie **de la pièce d'identité du demandeur** (carte d'identité, passeport)
- Pour toute demande formulée par un représentant légal, joindre en plus **une copie du livret de famille** ou le cas échéant **une copie de l'ordonnance rendue par le juge des tutelles**.
- Pour toute demande formulée par un ayant-droit en plus une copie de **l'acte de décès du patient** et toute **pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant-droit**.

### **Tarif de la reproduction des dossiers médicaux facturée aux patients**

Conformément à l'article L1111-7 du code de la santé publique, je m'engage à prendre en charge les frais de reproduction et d'expédition de mon dossier. Je vous réglerai le montant dès réception de votre facture.

Tarifs hors frais postaux

A4 (impression en noir et blanc)	0.16 €
A3 (impression en noir et blanc)	0.44 €
Cédérom	3.03 €
Cliché imagerie (20*25)	0.73 €
Pochette imagerie (20*25)	0.27 €
Cliché imagerie (26*36)	1.32 €
Pochette imagerie (26*36)	0.36 €

A ..... Le ..... / ..... / .....

**Signature :**

**La présente demande est à retourner :**

**Par voie postale :**

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CAVAILLON-LAURIS  
Secrétariat de Direction  
119 av G. Clémenceau  
CS 50157  
84304 Cavailon Cedex

**Par voie électronique :**

Courriel : [relationsusagers@ch-cavaillon.fr](mailto:relationsusagers@ch-cavaillon.fr)

