

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION  
DE DOSSIER MEDICAL A UN AYANT – DROIT  
(articles L. 1110-4 et L. 1111 – 7 du code de la santé publique )

---

Je soussigné(e) (Nom – Prénom) :.....  
Né(e) le :.....à.....  
Domicilié(e) :.....  
.....

Pièce d'identité produite (ci-joint une copie) :.....

**Demande à monsieur le directeur du centre hospitalier de Vendôme la communication du dossier médical de :**

M, Mme, Mlle (Nom – Prénom).....  
Né(e) le :.....à.....  
Décédé(e) le .....à.....  
Dans le service de : .....

**Préciser le lien de parenté ou la nature des relations avec la personne décédée :**

.....  
Pièce produite (copie ci-jointe) :.....

**Pour le motif suivant (à préciser obligatoirement) :**

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

**Préciser les documents à communiquer (cocher la case correspondante) :**

- Le compte rendu d'hospitalisation du.....au.....
- Autres documents (à préciser - *sur papier libre le cas échéant*)  
.....  
.....
- le dossier réglementaire.

**Je souhaite (cocher la case correspondante) :**

- Que ce dossier soit adressé à mon médecin traitant dont voici les coordonnées :  
.....  
.....
- Consulter ce dossier médical au centre hospitalier de Vendôme,  
 Qu'une copie des documents demandés ci-dessus soit adressée à mon domicile sous pli recommandé avec accusé de réception et à mes frais.

Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception : tarif de la Poste,  
Prix unitaire de la photocopie :.....0,15 euros.

Fait à.....le.....

Signature du demandeur