

## COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 – Décret n° 2002 – 637 du 29 avril 2002).  
(Articles L. 1110-4 L. 1111-1 L. 1111-2 L. 1111-7 du code de la santé publique)

### Document à retourner avec pièce d'identité à :

Madame Valérie Boismartel, Directrice  
Centre Hospitalier de Vendôme-Montoire  
98 Rue poterie BP 30108  
41106 Vendôme cedex

Veuillez renseigner les rubriques suivantes :

### Identité du demandeur :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Service(s) d'hospitalisation : \_\_\_\_\_ Date(s) d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

### J'agis en tant que :

Patient

Responsable légal de :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Curateur de :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Curateur renforcée (art.472 du Code Civil) de :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tuteur de :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Ayant droit (*successeur légal et testamentaire d'une personne décédée*) de :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Décédé(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

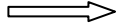
### Si j'agis en tant qu'ayant droit, motif précis de ma demande\*

*\*En référence à la loi du 04/03/2002, seuls les documents en lien avec le motif indiqué vous seront communiqués*

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir mes droits



## Je sollicite :

- La copie du ou des compte(s) rendu(s) d'hospitalisation
- La copie de l'intégralité du dossier médical
- Autres :

## Je choisis :

De venir consulter le dossier médical sur place auprès du ou des service(s) hospitalier(s) concerné(s) et en présence d'un médecin hospitalier (*le médecin de l'hôpital peut recommander, s'il le juge nécessaire, la présence d'un accompagnant médical de votre choix*)

De désigner, en qualité de destinataire des documents médicaux, Monsieur le Docteur :  
(*coordonnées précises de votre médecin*) : \_\_\_\_\_

De recevoir ces informations par envoi postal en recommandé sous pli confidentiel à mon domicile (merci de bien indiquer votre adresse au recto de ce document)

De venir récupérer le dossier en main propre

## J'ai pris connaissance des tarifs de reproduction :

0.20 euros la photocopie + les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception

Le présent formulaire dûment rempli et signé, doit être accompagné, **dans tous les cas de la photocopie d'une pièce d'identité du demandeur** ainsi que des pièces justificatives selon votre situation :

- *Si vous êtes représentant légal d'un mineur : votre livret de famille et, en cas de divorce, le document attestant que vous détenez l'autorité parentale.*
- *Si vous êtes tuteur d'un incapable majeur : la copie du jugement de tutelle*
- *Si vous êtes sous curatelle ou curatelle renforcée : la copie du jugement*
- *Si vous êtes un ayant droit : un certificat d'hérédité (que la mairie ou le notaire peuvent établir) ou le livret de famille (si votre lien de parenté avec le défunt suffit à établir votre qualité d'ayant droit)*
- *Si vous avez été mandaté par la personne malade : vous devez produire l'original du mandat exprès*

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur