IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom : ……
Nom de jeune fille : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Adresse : ……
……
Code postal : ……
Ville :……
Téléphone : ……

LIEN ENTRE LE DEMANDEUR ET LE (LA) PATIENT(E) :

- ☐ Le patient lui-même
- ☐ L'ayant-droit
- ☐ Le titulaire de l'autorité parentale
- ☐ Le tuteur
- ☐ Le médecin

Votre demande de documents ne sera recevable que sur justificatif de votre identité (photocopie de votre pièce d'identité) et de votre qualité :

- ✓ si vous êtes représentant légal : le livret de famille
- ✓ si vous êtes chargé d'une mesure de représentation à la personne d'un majeur protégé : le jugement de tutelle
- ✓ si vous êtes ayant droit : un certificat d'hérédité
- ✓ si vous êtes mandaté : l'original du mandat.

IDENTITE DU PATIENT(E) CONCERNE (E) :

Nom : ……
Nom de jeune fille : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Adresse : ……
……
Code postal : ……
Ville :……
Téléphone : ……

SEJOUR en HAD35 CONCERNE :

Date de début d'hospitalisation :
Date de fin d'hospitalisation :
Médecin praticien HAD référent :

En cas de demande d'accès aux informations du dossier d'une personne décédée

Si la demande porte sur le dossier d'une personne décédée, dont vous êtes l'ayant droit, la demande sera prise en compte, si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant et pour l'un ou plusieurs des motifs suivants : connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt, faire valoir vos droits. Seuls les éléments répondant au motif invoqué pourront vous être communiqués.

Motif de la demande : ……
……

MODE DE CONSULTATION ET FRAIS :

- ☐ Envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- ☐ Consultation sur place sans copie des documents
- ☐ Consultation sur place avec copie des documents

Souhaitez-vous la présence d'un médecin lors de la consultation de votre dossier ? ☐ OUI ☐ NON

Si envoi à un médecin ou Sage-Femme préciser :

Nom : ……
Adresse : ……

Date de la demande : …… **Signature du demandeur :**

À adresser à l'attention de la Direction de l'Hôpital à Domicile 35