

**Demande de Communication de Dossier Médical
par le patient ou son représentant légal**

*(A remplir par le patient lui-même s'il est majeur)
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002*

Patient demandeur

Nom de naissance:
Nom usuel:
Prénom:
Adresse:
Date de naissance:/...../.....
Mail:
Téléphone:

Autre demandeur (à remplir si différent du patient)

Nom de naissance:
Nom usuel:
Prénom:
Adresse (si différente) :
Mail:
Téléphone:

Qualité du demandeur: ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Autre (à préciser) :

Périodes et services

Date d'entrée/consultation	Date de Sortie	Unité d'hospitalisation

Motif de la Demande

- ☐ Suivi médical extérieur
☐ Expertise, préciser la date :
☐ Dossier MDPH, CPAM
☐ Autres: administratifs, déménagement, archives personnelle

Mode de Communication

Un seul choix possible. Une seule copie de dossier sera réalisée et adressée à titre gratuit.

☐ Envoi à votre domicile:

☐ Retrait sur place – Téléphone :

☐ Consultation sur place:

☐ sans accompagnement médical

☐ avec accompagnement médical

Vous serez contacté pour fixer un rendez-vous.

☐ Envoi au médecin de votre choix

Nom du médecin:

Adresse du médecin:

Pièces obligatoires à fournir (en cours de validité)

Pour tous	Carte d'identité ou passeport du demandeur
Uniquement si représentant légal du mineur	Livret de famille (extrait des pages parents et enfants) Justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou de séparation
Uniquement si tuteur	Jugement de tutelle
Mandataire	Mandat du patient

Merci de renvoyer ce dossier accompagné des pièces jointes:

- Par mail à : s.direction@ch-millau.fr

- Ou par courrier postal à :

Centre Hospitalier de Millau
Secrétariat de Direction
265 boulevard Achille Souques
12100 MILLAU

A

Le

Signature du patient (ou du demandeur):