

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

(à adresser au Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal Lorrain – Basse-Pointe)
Quartier Vallon – route de fond massacre – 97214 Le Lorrain

Je soussigné(e), Melle, Mme, M. (nom, prénom)

.....
Né(e) le

Domicilié(e)

.....
.....

N° téléphone : ; N° portable :

Le cas échéant : (veuillez cocher la case correspondante)

père mère représentant légal l'ayant droit


de : - Nom et prénoms du patient :
 - Né(e) le :

demande à obtenir communication des documents suivants :

.....
.....

établis par l'hôpital à mon nom ou au nom de : (veuillez cocher la case correspondante)

mon fils ma fille la personne dont je suis représentant légal ou l'ayant droit

 Pour l'ayant droit d'une personne décédée, motif de la demande :

- pour faire connaître les causes de la mort,
- pour défendre la mémoire du défunt,
- pour faire valoir ses droits.

Selon les modalités suivantes (veuillez cocher la case de votre choix) :

- Remise sur place à l'Hôpital en mains propres à l'intéressé uniquement par un médecin hospitalier
- Expédition avec accusé de réception :

- à mon adresse
- au Docteur (nom et prénom)
 adresse.....

Date :

Signature :

Renseignements facilitant la recherche du dossier :

(date de l'hospitalisation, service d'hospitalisation, nom du Médecin, n° d'identification)

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



Merci de joindre impérativement une photocopie de votre pièce d'identité et, le cas échéant, tout document attestant de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit du patient.