



Demande de communication du dossier médical

à adresser par courrier à

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier
6, rue Girardet
B.P. 30206
54300 LUNEVILLE

Je, soussigné(e), M./ Mme (nom, prénom, pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille)

.....

Né (e) le Téléphone

Domicilié (e)

Le cas échéant : père, mère, représentant légal, mandataire, ou ayant-droit de (nom, prénom du patient)

..... né (e) le

DEMANDE À OBTENIR LA COMMUNICATION DES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

- le compte-rendu de l'hospitalisation du auService
- les pièces essentielles du dossier médical
- autres documents à préciser.....

ÉTABLI (S) PAR L'HÔPITAL

- à mon nom
- au nom de
(mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal, l'ayant-droit, ...)

SELON LES MODALITÉS SUIVANTES :

- envoi postal à M. , Mme, (nom, prénom, adresse)
- envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse)
- mise à disposition à l'accueil du Centre Hospitalier (du lundi au vendredi hors jours fériés de 8h. à 19h.)
- consultation sur place (un rendez-vous me sera proposé par le secrétariat du service de soins)

Motif de la demande à préciser obligatoirement pour le dossier d'un(e) patient (e) décédé (e)

.....

**Joindre un copie d'une pièce d'identité
et tout document attestant de la qualité
de représentant légal ou ayant-droit**

Date et signature du demandeur,