

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A DES INFORMATIONS MEDICALES HEBERGEES PAR LE  
CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR DU PIN**

**I - IDENTITE DU DEMANDEUR :**

Nom de famille (= Nom de naissance) : -----Prénom : -----  
Nom d'usage (le cas échéant) : -----Né(e) le : -----/-----/-----  
Adresse : -----  
Code Postal : ----- Ville : -----  
Numéro de Téléphone -----/-----/-----/-----Adresse mail : -----@-----

**AGISSANT EN QUALITE DE :**

- PATIENT** (Copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur en cours de validité à joindre).
- REPRESENTANT LEGAL** (Père/Mère : copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur + copie de l'intégralité du livret de famille à joindre) – (Tuteur : copie recto verso de la pièce d'identité du tuteur + copie du jugement de tutelle à joindre) **DE :**  
(Nom de famille, Prénom, Nom d'usage le cas échéant) -----né(e) le -----/-----/-----
- AYANT-DROIT**(copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur + copie de l'acte de décès + copie du certificat d'hérédité ou du livret de famille) **DE :**  
(Nom de famille, Prénom, Nom d'usage le cas échéant) -----décédé(e) le -----/-----/-----  
**POUR LE MOTIF SUIVANT (à cocher obligatoirement par l'ayant-droit) :**
- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt, merci de préciser : -----
- Faire valoir ses droits, merci de préciser : -----

**II - DOCUMENTS DEMANDES :**

**PERIODES ET SERVICES CONCERNES :**

Date d'entrée : -----/-----/----- et date de sortie : -----/-----/----- dans le service de : -----  
et/ou  
Date de consultation : -----/-----/----- dans le service de : -----

**DESIGNATION DES PIECES SOUHAITEES :**

- Comptes rendus d'hospitalisation       Comptes rendus opératoires       Comptes rendus de consultation
- Comptes rendus d'imagerie       Duplicata(s) d'imagerie
- Autres pièces (à préciser) : -----

**III - MODE DE COMMUNICATION :**

- Je demande à récupérer directement les informations sur place en présentant ma pièce d'identité.
- Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception.
- Je demande l'envoi postal au médecin de mon choix (nom et coordonnées à préciser : -----  
-----) des informations par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception.
- Je souhaite consulter le dossier sur place.

**DATE :**

**SIGNATURE DU DEMANDEUR :**

**Le coût de la production des documents demandés est de :**

**0.18 € ttc par photocopie**

**Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception en fonction du poids de l'envoi.**

**Les copies seront conservées 6 mois maximum**