

1. Identification du demandeur :

Je soussigné(e) (Nom-Prénom) :

Né(e) le à

Domicilié(e) :

N° de téléphone :

Demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Fougères la communication du dossier médical de :

Mme, Melle ou M. (Nom - Prénom) :

Né(e) le : à

Périodes et services de consultations ou d'hospitalisations		
Date de la consultation ou de l'hospitalisation	Nom du médecin	Service d'hospitalisation ou de consultation

Joindre :

- **une copie carte d'identité, du passeport (recto-verso)**
- **un justificatif attestant du domicile**

Préciser le lien avec la personne ci-dessus :

- Conjoint survivant
(Joindre certificat d'hérédité ou acte de notoriété, pièce d'identité recto verso)
- Enfant de la personne décédée
(Joindre copie livret de famille)
- Représentant de l'autorité parentale
(Joindre copie des pièces suivantes : pièce d'identité recto verso, livret de famille et/ou copie intégrale d'acte de naissance, acte de jugement, acte de communauté de vie)
- Médecin traitant
(Joindre n° inscription au Conseil de l'Ordre)
- Tuteur
(Joindre ordonnance du tribunal et attestation nominative si en association, copie pièce d'identité et de l'ordonnance du Juge des Tutelles)

Si cette personne est décédée :

Date du décès : le à

Préciser **obligatoirement** le motif de la demande :

- Faire valoir ses droits Connaître la cause du décès Défendre la mémoire du défunt

Joindre :

- *certificat de décès*
- *certificat d'hérédité auprès de la mairie ou acte de notoriété auprès du notaire*
- *pièce d'identité recto verso*

2. Demande :

Je demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Fougères la communication du dossier médical sous huit jours, ou deux mois si les informations remontent à plus de cinq ans (loi du 4 mars 2002 sur le droit du malade et la qualité du système de santé) :

- Intégralité** du dossier médical
 - Dossier papier avec le dossier radiologique
 - Dossier papier sans le dossier radiologique
- Si vous ne souhaitez **pas** obtenir **l'intégralité** du dossier médical, *cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :*
 - Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire
 - Dossier paramédical
 - Résultats d'examens, précisez lesquels :
 - Dossier radiologique : clichés radiographiques ou sur support numérique
 - Autres pièces, précisez lesquelles :

Les copies seront facturées au tarif en vigueur au 1^{er} janvier de chaque année.

Les tarifs 2020 sont :

Frais de reproduction : tarif à la photocopie	0,30 €
Prix unitaire du cliché radiologique	4,30 €
Prix unitaire CDROM ou DVDROM	3,40 €
Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de la Poste

Un forfait minimum de 5€ sera facturé correspondant à des frais de gestion.

3. Transmission/Communication :

Cochez la case correspondante

- Adresser la copie du dossier à mon domicile.
- Adresser la copie du dossier au médecin traitant :
Nom
Adresse :
- Consulter le dossier médical au Centre Hospitalier de Fougères
(un accompagnement médical sera proposé)
- Obtenir des copies du dossier médical sur place

La consultation sur place des dossiers médicaux est gratuite et peut être l'occasion d'un échange avec un praticien.

<u>Demande par le Conjoint survivant :</u>	
A, le	Signature:
<u>Demande par un Enfant de la personne décédée :</u>	
A, le	Signature:
<u>Demande par le Médecin traitant :</u>	
A, le	Signature :
<u>Demande par les représentants de l'autorité parentale avec le consentement de la personne mineure</u>	
A, le	Signature du représentant de l'autorité parentale :
A, le	Signature du mineur :
<u>Demande par le tuteur avec l'accord de la personne, en fonction de ses facultés de discernement</u>	
A, le	Signature du tuteur :
A, le	Signature du majeur protégé (facultatif) :

Document à retourner

à l'attention de Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de FOUGERES
133, rue de la forêt – CS 20606 – 35306 FOUGERES

Cadre réservé à la Direction du Centre Hospitalier de Fougères

Formulaire reçu le :

Par : Nom et signature

Formulaire reçu aux Archives le :

Par : Nom et signature

Documents envoyés le :

Par : Nom et signature