

## COMMUNICATION D'INFORMATIONS DE SANTE

**Document à retourner à :**

Madame le Directeur Général –

**DOSSIERS MEDICAUX -**

C.H.U. de GRENOBLE ALPES - C.S. 10217 38043 GRENOBLE CEDEX 9

Sur la base des informations que vous avez reçues, veuillez renseigner les rubriques suivantes :

**Je demande la communication de mon dossier médical :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance :            /            /

**Je demande la communication du dossier médical de :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance :            /            /

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**J'agis en tant que :**     Représentant légal     Ayant droit

**Si j'agis en tant qu'Ayant droit, motif précis de ma demande\***

**\* En référence à la loi du 04/03/2002, seuls les documents en lien avec le motif indiqué vous seront communiqués**

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir mes droits

**Dans tous les cas, je choisis :**

De venir consulter mon dossier médical ou celui de mon enfant mineur ou celui du patient majeur dont je suis le tuteur légal sur place auprès du ou des service(s) hospitalier(s) concerné(s) et en présence d'un médecin hospitalier (*Le médecin de l'hôpital peut recommander, s'il le juge nécessaire, la présence d'un accompagnant médical de votre choix*).

De désigner, en qualité de destinataire des documents médicaux, Monsieur le Docteur :  
(coordonnées précises de votre médecin)  
.....  
.....

De recevoir ces informations par envoi postal à mon domicile (*merci de bien indiquer votre adresse au Verso de ce document*).

**Je sollicite :**

- La copie des documents médicaux suivants :  
.....
- La copie des éléments essentiels du dossier médical
- La copie de l'ensemble du dossier médical
- La délivrance d'un certificat médical attestant : .....  
.....

**Nous ne pourrons répondre efficacement à votre demande que si vous nous précisez les éléments suivants concernant votre séjour hospitalier**

**Date (ou année) :** .....

**Service :** .....

**Médecin responsable de l'hospitalisation :** .....

**J'ai pris connaissance des tarifs de reproduction et :**

- Je joins à ma demande **un chèque de 10€** libellé à l'ordre du Trésor Public du CHU de Grenoble, pour obtenir la copie des **éléments essentiels du dossier médical**.
- OU**
- Je joins à ma demande **un chèque de 20€** libellé à l'ordre du Trésor Public du CHU de Grenoble, pour obtenir la copie de l'ensemble du dossier médical.

Le présent formulaire dûment rempli et signé, **doit être accompagné dans tous les cas:**

**de la photocopie d'une pièce d'identité du demandeur**

**Ainsi que :**

- **pour les représentants légaux d'un mineur**, d'une copie d'un document attestant de votre autorité parentale (livret de famille complet, jugement, ...),
- **pour les représentant légaux d'un majeur sous tutelle**, d'une copie du jugement sous tutelle,
- **pour les ayants-droit d'un patient décédé**, d'une copie d'un certificat d'hérédité attestant de votre qualité de successeur légal (établi par un notaire)

**Indiquez :**

Votre nom : ..... Prénom : .....

Adresse :  
.....  
.....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Fait à :

Le :

**SI PLUSIEURS SERVICES DE SOINS SONT CONCERNES PAR VOTRE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL, VOUS RECEVREZ AUTANT DE COURRIERS QUE DE SERVICES**

Signature