



CENTRE HOSPITALIER
de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

Formulaire à retourner au :
DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE
CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL
140 Chemin Départemental 191 – CS 70008
62180 RANG DU FLIERS

Formulaire également disponible sur www.ch-montreuil.fr
/ rubrique « votre hospitalisation/droit des patients »
Pour tout renseignement : 03 21 89 45 18

Identité du demandeur

Je soussigné(e) Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Né(e) le :
Domicilié(e) à :
Téléphone : Mail :

Je demande mon dossier médical*

Justificatif d'identité à joindre à votre demande :

- copie de votre carte nationale d'identité,
- ou copie de votre permis de conduire,
- ou copie de votre passeport,
- ou copie de votre titre de séjour.

Je demande le dossier médical d'une autre personne*

Nom du patient : Prénom :
Nom de jeune fille : Né(e) le :
Domicilié(e) à :

J'exprime cette demande en ma qualité de :

Titulaire de l'autorité parentale* (père ou mère)

Justificatifs à joindre à votre demande :
- copie de votre carte nationale d'identité,
- copie du livret de famille.

Mandataire judiciaire*

Justificatifs à joindre à votre demande :
- copie de votre carte nationale d'identité,
- ordonnance du juge des tutelles.

Ayant droit d'une personne décédée*

conjoint* père-mère* enfant* autre* (précisez) :

Justificatifs à joindre à votre demande :
- copie de votre carte nationale d'identité,
- livret de famille,
- acte de décès,
- certificat d'hérédité.

Pour les ayants-droits d'une personne décédée, préciser le motif de la demande : (date du décès :))

connaître les causes de la mort * défendre la mémoire du défunt* droit à faire valoir*

Précision sur le motif (indispensable) :

