



**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MÉDICAL**  
**art L 1111-7, L1110-4, L1111-5, L1112-1, L1111-5-1, et R1111-1, R1111-7 et R1112-1 du CSP**

I DAF 52 E

**QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER ET A RETOURNER**

**4 rue Paul Éluard – BP 45 (service de l'accueil)  
 76301 – SOTTEVILLE LES ROUEN cedex**

**ou par mail à [bde@ch-lerouvray.fr](mailto:bde@ch-lerouvray.fr)**

Je soussigné(e) M, Mme, .....  
 Demeurant : .....  
 Numéro de téléphone : .....

**PIÈCES À FOURNIR** : Copie de votre carte d'identité recto-verso ou de votre passeport

**QUALITÉ DU DEMANDEUR DE DOSSIER MÉDICAL ET PIÈCES SOUHAITÉES**

- Je suis l'utilisateur concerné
  
- J'agis en qualité de représentant de M / Mme  
 ....., né (e) le : / /  
 au titre de (préciser votre qualité) :

  - représentant légal (joindre une copie du livret de famille)
  - ayant droit (joindre une copie du livret de famille et de l'acte de décès ainsi qu'un acte notarié)  
 afin de:
    - défendre la mémoire du défunt \*
    - connaître la cause du décès \*
    - faire valoir leur droit \*

*\*seuls les documents relatifs au motif coché ci-dessus seront communiqués à l'ayant-droit*

- tuteur (joindre le jugement de placement sous tutelle)
- autre (à préciser) : .....

*\* Les cases à cocher ci-dessous ne concernent pas l'ayant droit*

**Si vous ne souhaitez pas l'intégralité du dossier médical**, merci de **cocher** ci-dessous les pièces que vous souhaitez obtenir :

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu de consultation
- Compte-rendu d'hospitalisation de jour
- Dossier infirmier
- Résultats d'examen
- Autres pièces,

Précisez lesquelles :  
 .....  
 .....

Sur une période déterminée  
 Précisez laquelle: .....

Dans un service d'hospitalisation  
 Précisez lequel : .....

**L'intégralité du dossier médical**

**MODE DE COMMUNICATION (cocher une case)**

- Envoi de copies à votre domicile en RAR
  - Remise de copies à retirer au Bureau des entrées après RDV
  - Consultations sur place avec possibilité d'un accompagnement médical
  - Envoi de copies à un médecin de votre choix en RAR
- Précisez les nom, adresse et téléphone de ce médecin .....

**DELAIS DE COMMUNICATION :**

- **séjour datant de moins de 5 ans** : de 48h à 8 jours

- **séjour antérieur à 5 ans** : de 48h à 2 mois

**NB** : Ce délai ne court que lorsque votre demande est jugée recevable (c'est-à-dire qu'elle est complète)

Date : ..... Signature :