



**Formulaire de demande
de communication de dossier médical à un ayant droit,
un tuteur, une personne ayant l'autorité parentale**
(Article L. 1111-7 du code de la santé publique)

Document à retourner à :
Monsieur le Directeur
Centre hospitalier Henri Ey
32 rue de la Grève – 28800 BONNEVAL

Je soussigné(e) (Nom – Prénom).....

Né(e) le à

Domicilié(e)

Agissant en qualité de.....

Pièce d'identité produite (ci-joint une copie) :

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

Mme, Melle ou Mr (Nom – Prénom) :.....

Né(e) le à

Décédé(e) le à

Préciser le lien de parenté ou la nature des relations avec la personne :

Pièce produite (copie ci-jointe) :.....

Pour le motif suivant (à préciser obligatoirement pour une demande faite par un ayant droit) :

.....
.....

Préciser les documents à communiquer (cochez la case correspondante) :

le compte-rendu d'hospitalisation du au

autres documents (à préciser – *sur papier libre le cas échéant*) :

.....
.....

le dossier réglementaire

Je souhaite (cochez la case correspondante) :

que ce dossier soit adressé à mon médecin traitant dont voici les coordonnées :

.....
.....

consulter ce dossier médical au centre hospitalier Henri Ey

qu'une copie de ce dossier me soit adressé(e) à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais selon le barème suivant :

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de la poste
Prix de reprographie d'une feuille A4 recto-verso	0,18 €

Fait à, le

(Signature du demandeur)

Siège social
32 rue de la Grève
28800 Bonneval

tél. 02 37 44 76 00
fax 02 37 44 76 82
www.ch-henriey.fr