

Modèle de demande de dossier médical

Demande de communication de dossier médical

Formulaire conforme à l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique

Vos coordonnées

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal / Ville : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Établissement ou professionnel de santé concerné

Nom de l'établissement / du professionnel : _____

Service / Spécialité : _____

Adresse : _____

Nature de la demande

Je soussigné(e), _____, demande la communication de l'ensemble de mon dossier médical (ou de la partie suivante : _____) concernant :

Une hospitalisation du _____ au _____

Une consultation du _____

Toute la période de suivi

Mode de communication souhaité

Copie papier à mon domicile Copie numérique par courriel

Consultation sur place Communication à un médecin tiers : _____

Documents joints à cette demande

- Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (obligatoire)
- Justificatif de la qualité d'ayant droit (si demande pour une personne décédée)

Rappel de vos droits

Conformément à l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique, l'établissement ou le professionnel de santé dispose **de 8 jours ouvrables** à compter de la réception de la demande pour communiquer les documents (ou de 2 mois si les documents datent de plus de 5 ans). Aucune motivation n'est requise de votre part.

Signature

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur :

Ce modèle est mis à disposition gratuitement par Application Santé Numérique (application-sante-numerique.fr) Pour plus d'informations, consultez notre guide : application-sante-numerique.fr/guides/dossier-medical-partage-dmp/