

## Demande de communication d'un Dossier Médical par le **représentant légal d'un majeur**

Demande à renvoyer par lettre simple à Monsieur le Directeur  
du Centre Hospitalier d'Avallon 89200

### Identité de la personne concernée (copie de la pièce d'identité)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_

### Identité du représentant légal (joindre impérativement : copie recto-verso de votre pièce d'identité, du mandat confié par décision de justice)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Je demande concernant la personne majeure ci-dessus désignée : (cocher la case correspondant à votre demande)

La possibilité de consulter sur place son dossier médical

A recevoir une copie :

Du dossier médical complet

Des documents ci-après désignés extraits de son dossier médical :

Courriers (lettre de sortie, lettre de consultation)

Compte-rendu opératoire

Résultats d'examen : imagerie, EEG, biopsie, endoscopie...

Bilan biologique

Certificat

Clichés d'imagerie (radiologie, scanner, IRM ...)

Autres à préciser \_\_\_\_\_

### Je demande que la copie de ces documents : (cocher la case correspondant à votre demande)

Soit tenue à ma disposition (je viendrai les retirer au Département d'Information Médicale)

Me soit adressée, à mes frais, par pli recommandé

Directement à mon adresse ci-dessus

Par l'intermédiaire du Médecin ci-après désigné :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :