



Formulaire de demande de communication
de dossier médical à un ayant droit
(Article L. 1111-7. du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) :
Né(e) le à
Domicilié(e)

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

Demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier d'Antibes 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 décédée :

Pièce produite (copie ci-jointe) :

Pour le motif suivant (à préciser obligatoirement) :

.....
.....
.....
.....
.....

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 d'Antibes ;
- Qu'une copie de ce dossier me soit adressée à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais.

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de La Poste
Prix unitaire de la photocopie	0,15 €
Prix unitaire du cliché radiologique	2,30 €

Fait à , le 200...

(Signature du demandeur)

Document à retourner à :
Centre Hospitalier d'Antibes - Direction de la Clientèle
RN 7 - 06 606 Antibes cedex