



## Demande de communication de dossier médical par le patient ou son représentant

(A remplir par le patient lui-même s'il est majeur)

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

Service des Dossiers Médicaux

Tel : 04 67 33 87 68

Mail : [com-dossiermedical@chu-montpellier.fr](mailto:com-dossiermedical@chu-montpellier.fr)

### Patient demandeur

Nom de naissance : .....

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Mail : .....

Téléphone : .....

### Autre demandeur (à remplir si différent du patient)

NOM de naissance : .....

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

Mail : ..... Téléphone : .....

Qualité du demandeur :  Père  Mère  Tuteur

Autre (à préciser) : .....

### Périodes et services

Date d'entrée	Date de sortie	Unité d'hospitalisation

### Motif de la demande

- Suivi médical extérieur,
- Expertise, préciser la date : .....
- Dossiers MDPH, CPAM
- Autres : administratifs, déménagement, archives personnelles

## Mode de communication

Un seul choix possible : une seule copie de dossier sera réalisée et adressée par le secrétariat médical concerné.

**Envoi à votre domicile** : .....

**Consultation sur place** :

sans accompagnement médical (nous vous contacterons pour fixer un rendez-vous).

avec accompagnement médical (le rendez-vous sera fixé par le secrétariat en présence du médecin du CHU concerné).

**Envoi au médecin de votre choix**

• Nom du médecin : .....

• Adresse du médecin : .....

## Pièces obligatoires à fournir (en cours de validité)

Pour tous	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carte d'identité nationale ou passeport du demandeur</li><li>• Justificatif domicile (facture de moins de 3 mois)</li></ul>
Uniquement si Représentant légal du mineur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Livret de famille (extrait des pages parents et enfants). Justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou de séparation</li></ul>
Uniquement si Tuteur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jugement de tutelle</li></ul>
Mandataire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mandat du patient</li></ul>

**Merci de renvoyer ce dossier accompagné des pièces jointes :**

• par mail à : [com-dossiermedical@chu-montpellier.fr](mailto:com-dossiermedical@chu-montpellier.fr)

• ou par courrier postal à :

**Service Communication des Dossiers Médicaux - Hôpital LAPEYRONIE  
371 avenue du Doyen Gaston Giraud - 34295 MONTPELLIER cedex 5**

A .....

**Signature du patient (ou du demandeur)**

(Couple si AMP)

Le .....