

A \_\_\_\_\_, le / / 20\_\_

Identité du demandeur :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ à

Prénom : \_\_\_\_\_

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

CP/ Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Madame Sophie DELMOTTE  
Directrice

Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN  
BP 109  
59471 SECLIN Cedex

Madame la Directrice,

**Conformément aux articles L. 1111-7, R 1111-1 à 8 et R 1112-1 du code de la santé publique (CSP), je souhaite avoir accès au dossier médical :**

- me concernant
- concernant le mineur, le majeur sous tutelle ou curatelle<sup>i</sup> \_\_\_\_\_  
dont je suis le tuteur ou le curateur<sup>1</sup>
- concernant Madame, Monsieur<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ décédé(e) le  
(date) \_\_\_\_\_ dont je suis l'ayant droit, dans le but  
de (cocher le motif évoqué) :
  - connaître les causes de la mort
  - défendre la mémoire du défunt. Veuillez préciser : .....
  - faire valoir mes droits. Veuillez préciser : .....
- concernant Madame, Monsieur<sup>1</sup> ..... qui m'a donné procuration

**Je souhaite que me soi(en)t communiqué(s) :**

(Préciser les documents auxquels vous voulez avoir accès ; les propositions ci-dessous sont des exemples)

- L'ensemble du dossier dont le contenu minimum est prévu par l'article R 1112-2 du CSP
- Les documents relatifs à l'hospitalisation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
dans le service de \_\_\_\_\_
- Les comptes rendus d'hospitalisation des différents séjours dans votre établissement depuis (date) \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

**Je souhaite (cocher la modalité choisie) :**

- le retrait des photocopies de documents au service des usagers du Groupe Hospitalier Seclin Carvin, route d'Apolda à Seclin, et paiement au retrait<sup>ii</sup>
- l'envoi en recommandé avec accusé de réception des documents, et paiement dès réception<sup>2</sup>
- l'envoi au médecin que je désigne ci-après : (nom et adresse)  
Docteur \_\_\_\_\_
- la consultation sur place avec accompagnement médical pour argumentation et explication si je le désire, et demande de reproduction de documents
- la consultation sur place avec accompagnement médical pour argumentation et explications si je le désire, sans reproduction de documents

- la consultation sur place sans accompagnement médical souhaité, avec demande de reproduction de document
- la consultation sur place sans accompagnement médical souhaité, sans demande de reproduction de document

A titre indicatif selon la loi du 4 mars 2002, nous vous informons que les frais de reproduction sont laissés à la charge du demandeur. Le montant de ces frais sera communiqué par l'envoi d'un courrier une fois la reproduction du dossier effectuée :

- les frais de photocopies s'élèvent à 0.18 € TTC par page d'un document papier
- les frais de reproduction de clichés radiologiques s'élèvent à 1,04 € TTC (format 25 X 35), 1,82€ TTC (format 36 X 43) par cliché et 2,75 € par CD ROM.
- l'envoi en recommandé, le cas échéant
- Le montant total des frais varie ainsi selon le volume des pièces constituant le dossier.

Dans ce cadre, nous vous demandons de préciser les documents à photocopier afin de vous éviter des frais inutiles.

**Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de mes salutations distinguées.**

Signature :

**Ci-joint les pièces justificatives :**

- Une photocopie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur
- Une photocopie recto/verso d'une pièce d'identité de la personne concernée
- Une photocopie du livret de famille
- L'accord écrit de mon enfant en capacité d'écrire
- Une photocopie de l'ordonnance du juge des tutelles
- Une photocopie du certificat d'hérédité ou de l'acte de notoriété
- Le mandat exprès donnant procuration du patient/résident
- Un certificat de concubinage, un bail commun, des factures, des courriers, des témoignages écrits permettant de prouver le concubinage

---

<sup>i</sup> Barrer la mention inutile