

La transmission des informations détenues par des professionnels de santé s'appuie sur le décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la santé publique.  
Toute demande incomplète ou ne répondant pas à la réglementation, ne pourra être satisfaite.

**IDENTITE DU MEDECIN DEMANDEUR**

Monsieur     Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro RPPS : .....

Etablissement  
 Cabinet médical

*Cochez la case correspondante*

Adresse (précisez le nom du service si vous exercez en établissement) :

.....  
.....

Téléphone : .....

**IDENTITE DU PATIENT CONCERNÉ**

Monsieur     Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : ..... /... .. /.....

Lieu de naissance : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....  
.....

Période d'hospitalisation : du ..... /..... /..... au ..... /..... /.....

N°PP du patient concerné (*renseigné par l'établissement*) : .....

**LA DEMANDE EST POUR LE COMPTE :**

- du patient lui-même
- du tuteur
- d'un titulaire de l'autorité parentale d'un patient mineur
- d'un ayant droit d'un patient décédé
- du patient mineur lui-même

Motifs de la demande : .....  
.....  
.....  
Pièces demandées : .....  
.....

**MODALITES DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DETENUES DANS LE DOSSIER**

Consultation sur place, prise de rendez-vous avec un médecin  
 Délivrance de copies

**AUTORISATION DU PATIENT**

Veillez joindre à votre demande, une copie d'une pièce d'identité.

Date : ...../...../.....

Nom et prénom du patient : .....

Signature du patient :

**DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE. Renseigné par l'établissement.**

La demande d'accès au dossier a été réceptionnée le : ...../...../.....

**TRANSMISSION DE LA DEMANDE A LA DIRECTION.**

Avis favorable  
 Avis défavorable  
Motif : .....  
.....

**Date et signature du Directeur de l'établissement :**

**TRANSMISSION DE LA DEMANDE AU MEDECIN**

Avis favorable  
 Avis défavorable.  
Motif : .....  
.....

**Date et signature du médecin :**

**COMMUNICATION DU DOSSIER**

**Dossier transmis le :** .....

Sur place avec présence médicale  
 Par envoi postal en AR au demandeur  
 Remis en mains propres à l'intéressé(e)  
 Par envoi postal en AR à un médecin désigné  
 Au tuteur  
 A l'ayant droit

**La réponse a été transmise le :** ...../...../.....