



# FORMULAIRE de DEMANDE d'INFORMATION de SANTÉ

Loi du 4 mars 2002 - Décret du 29 avril 2002

au CENTRE HOPITALIER ARIEGE COUSERANS

Document à remplir et à compléter par le demandeur. A adresser à :

Service Clientèle  
Mme Séverine MOHITE  
Centre Hospitalier Ariège Couserans  
BP 60111  
09201 SAINT GIRONS Cedex

**TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE POURRA PAS ETRE SATISFAITE.**

## IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) M / Mme / Melle (nom de naissance pour les femmes mariées, nom marital, prénom) :

Né(e) le :

Domicilié(e) à :

Téléphone :

agissant en qualité de :

- patient** (joindre copie de la carte nationale d'identité ou du passeport).
- représentant légal** (joindre document officiel le confirmant + copie de la carte d'identité nationale ou passeport).
- ayant-droit** (joindre copie de la carte nationale d'identité ou du passeport + copie livret de famille + acte notarié spécifique).

Si vous êtes un ayant-droit, merci de préciser le motif de votre demande selon les 3 possibilités réglementaires :

- connaître les causes du décès du patient.
- défendre la mémoire du défunt (en cas de procédure judiciaire ou rumeurs : joindre des justificatifs).
- faire valoir vos droits (pour une succession : joindre des justificatifs).

## IDENTITÉ DU PATIENT (si différente de celle du demandeur)

M / Mme / Melle (prénom, nom de naissance, nom marital) :

Né(e) le :

Domicilié(e) à :

Si le patient concerné est un mineur de plus de 10 ans, joindre un courrier de sa main confirmant son accord pour la transmission d'informations au demandeur.

## OBJET DE LA DEMANDE

Précisez la (les) date(s) de séjour concernant votre demande, et éventuellement les documents souhaités :

## MODALITÉS D'INFORMATION CHOISIE

- Je souhaite consulter sur place les documents mentionnés ci-dessus.**  
*Dans ce cas le médecin vous proposera un rendez-vous pour un accompagnement médical à la lecture de ces documents.*
- Je souhaite retirer sur place\* les documents mentionnés ci-dessus.**
- Je souhaite un envoi postal\* à mon domicile (demandeur).**
- Je souhaite un envoi postal\* au médecin de mon choix (nom, prénom, adresse) :**

\* Dans le cas d'un retrait sur place ou d'un envoi postal, les documents seront remis ou envoyés avec accusé réception dès paiement du demandeur, conformément aux informations qui lui auront été données par le responsable de la clientèle. Les frais sont les suivants : 0,13€ pour une photocopie (format A4), 3,60€ pour les copies de radios, scanner et IRM, frais de port selon les tarifs de La Poste en vigueur.

NOM

Prénom

Date

SIGNATURE