



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MEDICAL

Imprimé à retourner dûment rempli et signé à :

**Monsieur Le Directeur  
AAIR Midi-Pyrénées  
10, impasse de la Flambère - 31300 TOULOUSE  
Tél. pour prise de RV : 05.61.16.11.00.**

### IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NOM DE FAMILLE :	ADRESSE :
NOM DE JEUNE FILLE :	
PRÉNOMS :	
DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____	CODE POSTAL :
TELEPHONE :	VILLE :
QUALITE DU DEMANDEUR : <input type="checkbox"/> AYANT-DROIT <input type="checkbox"/> TUTEUR OU CURATEUR <input type="checkbox"/> TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE	

### IDENTITÉ DU PATIENT (si différent du demandeur)

NOM DE FAMILLE :
NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### MOTIF DE LA DEMANDE

Conformément à l'arrêté du 5 mars 2004, le motif de votre demande doit être indiqué. Il doit répondre à (cocher le ou les élément(s) correspondant à votre demande) :

Faire valoir mes droits, merci de préciser obligatoirement votre demande :

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

Connaître les causes du décès.

Défendre la mémoire du défunt, merci de préciser obligatoirement votre demande :

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

Conformément à l'arrêté du 3 janvier 2007, seuls les éléments du dossier permettant de répondre au(x) motif(s) invoqué(s) vous seront communiqués, sauf si, de son vivant, le patient a émis une opposition à la communication de son dossier.

### RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE ET DOCUMENTS SOUHAITÉS

UNITÉ(ES) FREQUENTÉ (ES) :

DATES DE PRISE EN CHARGE :

### MODALITÉS DE COMMUNICATION DES PIÈCES DU DOSSIER PATIENT

Consultation sur place, sur rendez-vous :

Avec accompagnement médical organisé (médecin de l'AAIR).

- Sans accompagnement médical.
- Avec un médecin désigné comme intermédiaire (muni de son inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins).

□ **Éléments du dossier à retirer sur place avec remise contre signature.**

□ **Envoi des copies à domicile avec accusé de réception.**

□ **Envoi des copies au médecin désigné ci-dessous avec accusé de réception :**

**Nom :**

**Adresse :**

**Numéro RPPS (à demander au médecin désigné) :**

*Les copies et l'envoi en recommandé sont à la charge du demandeur au tarif de 0.20€/feuille + frais de l'envoi en recommandé.*

### PIECES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- 1) Photocopie recto verso du document justifiant votre identité.
- 2) Certificat de décès si la demande concerne un patient décédé.
- 3) Justificatif de la qualité d'ayant-droit.
- 4) Copie de l'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins en cas de demande de consultation avec un médecin désigné comme intermédiaire.

*Fait à :*

*Le :*

*Signature :*