

DEMANDE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS MÉDICALES PAR LE PATIENT OU SON REPRÉSENTANT LÉgal

Identité du patient

Monsieur Madame

Nom Usuel :

Prénom :

Nom de Naissance :

Date de naissance :

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

Qualité du demandeur

Vous êtes :

Le patient lui-même

Si vous donnez votre accord pour qu'un intermédiaire accède à votre dossier, merci de compléter son identité :

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Le représentant légal :

Père¹

Mère¹ (si patient mineur)

Tuteur²

M / Mme

Nom usuel :

Prénom :

Adresse postale :

Pièces justificatives à fournir OBLIGATOIREMENT

- Une copie recto-verso d'une pièce d'identité à votre nom
- Un justificatif de domicile précisant votre adresse si celle-ci est différente de celle mentionnée sur votre pièce d'identité

Et en complément :

- si vous désignez un intermédiaire : fournir un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom ET une copie de sa pièce d'identité

- Une copie recto-verso d'une pièce d'identité au nom du demandeur / représentant légal

ET suivant la qualité :

- ¹ la copie **datant de moins de 3 mois** de l'extrait de l'acte de naissance avec filiation inscrit sur le registre d'état civil de votre enfant ;
- ET, en cas de séparation de l'autre parent, la copie de tout élément prouvant que vous détenez l'autorité parentale (exemple : ordonnance, jugement ou arrêt rendu,...)
- ² la copie du jugement de tutelle

Documents souhaités :

Vous souhaitez obtenir : (cochez la case désirée)

Compte-rendu d'hospitalisation période du _____ au _____

Dossier complet

Une partie seulement du dossier concernant la période du _____ au _____

Renseignements facilitant la recherche du dossier : date(s) de séjour ou de prise en charge

