

IDENTITE DU PATIENT	NOM : .....	PRENOM : .....
	DATE DE NAISSANCE : .....	TELEPHONE : .....
	ADRESSE : .....	

IDENTITE DU DEMANDEUR	<input type="checkbox"/> Vous êtes le patient et demandez votre propre dossier (identité déclinée ci-dessus)	
	<input type="checkbox"/> Vous demandez le dossier médical d'un tiers => déclinez votre identité ci-dessous :	
	NOM : .....	PRENOM : .....
	DATE DE NAISSANCE : .....	TELEPHONE : .....
	ADRESSE : .....	
<b>Vous êtes :</b> <input type="checkbox"/> <b>TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE ET DEMANDEZ LE DOSSIER DE VOTRE ENFANT</b> <input type="checkbox"/> <b>TUTEUR ET DEMANDEZ LE DOSSIER DU PATIENT SOUS TUTELLE</b> <input type="checkbox"/> <b>MANDATAIRE ET DEMANDEZ LE DOSSIER DU PATIENT QUI VOUS A MANDATE</b> <input type="checkbox"/> <b>AYANT DROIT =&gt; Pour une personne décédée, le motif de la demande doit être obligatoirement précisé :</b> <input type="checkbox"/> <b>Connaître les causes du décès</b> <input type="checkbox"/> <b>Défendre la mémoire du défunt</b> <input type="checkbox"/> <b>Faire valoir nos droits</b> <b>Votre lien avec le patient :</b> .....		

SEJOUR CONCERNE PAR LA DEMANDE	<b>Désignation du service</b>	<b>Dates</b>
	.....	.....
	.....	.....
<b>Motif de la demande (facultatif) :</b> .....		

PIECES DU DOSSIER DEMANDEES	<input type="checkbox"/> comptes rendus opératoires	<input type="checkbox"/> comptes rendus de consultation
	<input type="checkbox"/> comptes rendus d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> examens d'imagerie sur CR ROM
	<input type="checkbox"/> autres pièces (précisez lesquelles) : .....	
<small>*L'ayant droit d'un patient décédé peut accéder aux informations concernant le défunt dans la mesure où ces données sont nécessaires pour répondre au motif invoqué ci-dessus sauf volonté contraire exprimée par le patient</small>		

MODALITES D'ACCES	<input type="checkbox"/> <b>Consultation sur place (vous pouvez être accompagné d'un tiers)</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Envoi des reproductions à votre adresse</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Envoi du dossier à un médecin - préciser les coordonnées</b> .....
<b>*Les frais d'envoi postal avec preuve de dépôt des documents sollicités sont à la charge du demandeur</b>	

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR	<b>SI VOUS DEMANDEZ VOTRE PROPRE DOSSIER MEDICAL :</b>
	➤ Copie de votre pièce d'identité recto verso (carte d'identité, passeport)
	<b>SI VOUS ETES AYANT DROIT :</b>
	➤ Copie de votre pièce d'identité recto verso (carte d'identité, passeport)
	➤ Copie de l'acte de décès
	➤ Copie d'un justificatif prouvant votre qualité d'héritier (livret de famille, copie intégrale de l'acte de naissance, acte de notoriété, certificat de vie commune, copie du PACS...)
	<b>SI VOUS ETES TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE :</b>
➤ Copie de votre pièce d'identité recto verso (carte d'identité, passeport)	
➤ Copie du livret de famille	
<b>SI VOUS ETES TUTEUR :</b>	
➤ Copies de votre pièce d'identité et celle du patient (carte d'identité, passeport)	
➤ Copie du jugement de tutelle	
<b>SI VOUS ETES MANDATAIRE :</b>	
➤ Copies de votre pièce d'identité et celle du patient (carte d'identité, passeport)	
➤ Copie du mandat spécial	

Le soussigné(e) : ..... atteste l'exactitude des renseignements donnés et accepte les frais afférents à la demande.  
 Pour valoir ce que de droit, demande faite à : ..... le : ...../...../..... Signature