

Demande de transmission de documents médicaux par le patient ou son représentant

Identité du patient :

M/Mme Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :
Adresse postale :
Téléphone : Courriel :

Qualité du demandeur si différent du patient

Père¹ – mère¹ (si patient mineur) – tuteur² – Mandataire³

M/MME (nom, prénoms) :

Adresse postale :

Téléphone : Courriel :

Demande à obtenir transmission des documents médicaux suivants :

(Cochez la ou les cases et complétez)

- Compte rendu d'hospitalisation (CRH) du _____ au _____
- Compte rendu opératoire (CRO) de l'intervention du _____
- Pièces essentielles du dossier médical (CRH, CRO, résultats des examens récents)
- Autres documents (précisez) :

Selon les modalités suivantes

- Envoi postal à l'adresse du demandeur
- Remise sur place
- Consultation sur place
- Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) :

Renseignements complémentaires facilitant la recherche (dates de l'hospitalisation, service d'hospitalisation, nom du médecin ayant suivi le patient)

Date :

Signature :

- ➔ Formulaire à adresser, complété, au Directeur de l'établissement avec les pièces justificatives
- ➔ Pièces justificatives
Joindre une copie d'une pièce d'identité au nom du patient (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur/représentant légal/mandataire
 - ¹ la copie du livret de famille
 - ² la copie du jugement de tutelle
 - ³ un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom.
- ➔ Les frais de copie et d'envoi sont facturables