**Identité du patient**

M/Mme (nom en majuscules, prénom, nom de jeune fille)

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

Date de naissance ......../........../........

Adresse postale .......................................................................................................................................................................

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

Téléphone ...............................................................................................................................

Courriel .......................................................................@.........................................................................................................

**Qualité du demandeur si différent du patient : tuteur1, mandataire2** (rayer la mention inutile)

M/Mme (nom en majuscules, prénom)

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

Adresse postale .......................................................................................................................................................................

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

Demande à obtenir communication de documents suivants (cochez la ou les cases et complétez)

□ compte rendu d’hospitalisation (CRH) du ….. / ..... / ….. au ….. / ..... / .....

□ pièces essentielles du dossier médical (CRH, CRO, résultats des examens récents)

□ autres documents (précisez) : .............................................................................................

Service : .............................................................................................

Selon les modalités suivantes

□ Envoi postal à l’adresse du demandeur

□ Remise sur place à l’hôpital

□ 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 :

Pièces justificatives :

Joindre une copie d’une pièce d’identité au nom du patient et une au nom du demandeur/représentant légal/mandataire, auxquelles s’ajouteront le cas échéant :

1 la copie du jugement de tutelle,

2 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.

*FOR-132-a Demande Dossier médical Patient*