

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) Mme M.

NOM Prénom :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Agissant en tant que :

Patient(e)

Demande la communication des documents suivants :

- Compte-rendu d'hospitalisation période du..... au.....
- Autre document à préciser.....
- Dossier dans son ensemble

Représentant légal de : (nom-prénom)

Ayant-droit de.....

Né(e) le :

Décédé(e) le

MOTIF : *pour une demande de dossier d'un patient décédé, préciser le motif de la demande de communication :*

- Recherche des causes de la mort
- Défense de la mémoire du défunt
- Faire-valoir les droits des ayants-droits

MODE DE TRANSMISSION DU DOSSIER

- Je choisis la consultation sur place avec commentaire des informations par un médecin hospitalier ;
- Je demande l'envoi postal à mon domicile (frais d'envoi et de reproduction à la charge du demandeur) * ;
- Je désigne le Docteur (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques), comme intermédiaire * :

Pour toute demande, joindre au présent formulaire une photocopie de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité, passeport).

Pour toute demande formulée par un représentant légal, joindre en plus une copie du livret de famille ou le cas échéant une copie de l'ordonnance rendue par le juge des tutelles.

Pour toute demande formulée par un ayant-droit, joindre en plus une copie de l'acte de décès du patient et toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant droit.

La demande est à adresser à :

Centre Hospitalier Privé de l'Europe

A l'attention de la Direction

9 bis Avenue de Saint Germain

78560 LE PORT MARLY

Frais d'envoi et de reproduction à la charge du demandeur : **20 €*