

IDENTITÉ DU PATIENT

M. - Mme, (nom en majuscules, prénoms, pour les femmes mariées nom de jeune fille)

Né-e le /___/___/___/ Téléphone /___/___/___/___/___/

Courriel : _____

Adresse postale : _____

QUALITÉ DU DEMANDEUR SI LE DEMANDEUR EST DIFFÉRENT DU PATIENT

Père¹ - Mère¹ (si patient mineur) - Tuteur² - Mandataire³ - (rayer la mention inutile)

M. - Mme, (nom en majuscules, prénom, nom de jeune fille) _____

Adresse postale : _____

DEMANDE À OBTENIR LA TRANSMISSION DES DOCUMENTS 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)

à mon nom

au nom de : mon fils - ma fille

au nom de la personne dont je suis : le représentant légal - le mandataire

Nom de l'hôpital (concerné par votre demande) _____

SELON LES MODALITÉS SUIVANTES :

Remise sur place à l'hôpital Consultation sur place à l'hôpital

Envoi postal à l'adresse du demandeur

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 (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur/ représentant légal/mandataire, auxquelles s'ajouteront le cas échéant :

¹la copie du livret de famille - ²la copie du jugement de tutelle - ³un 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.**