

**Demande de communication de dossier patient par le patient ou son représentant  
(tuteur ou mandataire) en dehors de l'hospitalisation**

**Identité du patient :**

**Monsieur, Madame [nom de naissance, prénom] :**

Nom d'usage/marital :

Né(e) le :

Adresse postale :

CP :

Ville :

N° de tél :

Courriel :

**Qualité du demandeur si différent du patient :**

Tuteur       Mandataire

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :

**Demande de documents du dossier médical :**

Pour le séjour du ..... au .....

**Préciser si vous souhaitez :**

Une consultation sur place du dossier ou des documents souhaités (aucune copie ne vous sera remise le jour de la consultation sur place)

Ou

L'Envoi du dossier patient :

Par voie postale, à l'adresse indiquée ci-dessus

Par voie postale, à votre médecin traitant [renseigner l'adresse du médecin]

.....  
.....

Ou

Le retrait sur place auprès de la secrétaire TIM

Date de la demande  
Signature du demandeur

**A FOURNIR :**

**Pièce justificative de votre identité**

(Photocopie carte d'identité, extrait de naissance, livret de famille, copie de jugement de tutelle, mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom)

**Règlement des frais de copies et d'envoi en AR de 22€**