

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)