

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Version 1. 07/09/2021



Identité du patient

Monsieur Madame

NOM marital : _____ Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date et lieu de naissance : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Adresse : _____

Qualité du demandeur si différent du patient : Père Mère Tuteur Mandataire

M. - Mme (nom en majuscule, prénoms) _____

Adresse : _____

Demande à obtenir transmission des documents suivants

- Compte rendu d'hospitalisation (CRH) du/...../ au/...../
- Compte rendu opératoire (CRO) de l'intervention du/...../
- Pièces essentiels du dossier médical (CRH, CRO, résultats d'examens récents)
- Autres documents (précisez)

Nom du site concerné par votre demande

Chénieux Emailleurs-Colombier

Selon les modalités suivantes

- Remise sur place à la clinique Consultation sur place à la clinique
- 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 :

1/ la copie du livret de famille 2/ la copie du jugement de tutelle 3/ un mandat écrit désignant nommément la personne