

Demande de communication de documents médicaux

GDP PR001 EN002

V1

Date : Octobre 2017

Pagination : 1 / 1

Je soussigné (e), M. Mme

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né (e) le :

Domicilié(e) :

Téléphone : E-mail :

Le cas échéant père, mère, représentant légal ou ayant droit de (nom, prénom du patient)

.....né (e) le.....

Demande à obtenir communication de la copie des documents suivants:

le compte rendu d'hospitalisation duau.....

les pièces essentielles du dossier médical

autres documents

Établis par le secrétariat médical du centre de repli de l'ADDY le CHP de l'Europe

À mon nom.....

Au nom de.....

(Mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal):

Selon les modalités suivantes:

remise sur place au CHPE Pendre rendez-vous avec le service (tél 01 39 17 24 63 ou 01 39 17 21 63)

envoi postal à Mr, Mme, Nom prénom, adresse) :

.....
Motif de la demande (pour le dossier d'un patient décédé). :
.....

Date

Signature

Pour un envoi postal, vous devez joindre une photocopie de votre pièce d'identité et s'il y a lieu, tout document attestant de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit du patient.

Les frais de copie et d'envoi sont complètement pris en charge par l'ADDY.