

DEMANDE DE COPIE DU DOSSIER MEDICAL PAR UN TIERS

COORDONNEES DU PATIENT

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____.____.____.

Joindre une copie de la carte d'identité recto/verso

COORDONNEES DU DEMANDEUR

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____.____.____.

Joindre une copie de la carte d'identité recto/verso

Lien avec le patient : _____

DOCUMENTS SOUHAITES

- L'entièreté du dossier (remontant à ____ ans)
- Les éléments relatifs à une spécialité/pathologie ou à un évènement précis (précisez _____)
- Les examens médicaux réalisés en date du ____/____/____
- Les clichés d'imagerie médicale correspondants à ces examens (sur CD ROM)
- Les résultats des prélèvements réalisés en date du ____/____/____
- Autre : _____



COMPLEMENT D'INFORMATION

Afin de répondre au mieux à la demande, merci d'indiquer d'éventuel point d'attention

TRANSMISSION DES DOCUMENTS

- Remise en mains propres au patient
- Remise en mains propres au demandeur (muni d'une procuration signée par le patient s'il est majeur) – voir en bas du document
- Envoi au domicile du patient par recommandé (avec accusé de réception)
- Envoi vers un médecin

Nom et prénom du médecin : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

- Remise sous format électronique

Adresse mail : _____

Demande faite le ____/____/____

Signature du demandeur :

PROCURATION

Je soussigné(e) (Nom + prénom)

né(e) le ____/____/____

autorise Mme/Mr (Nom + prénom)

né(e) le ____/____/____

à reprendre la copie de mon dossier médical.

Fait à _____ le ____/____/____

