

## Fiche Patient

Accès à votre dossier médical

### Pièces à fournir :

**Personne concernée :**  
copie de la carte d'identité recto-verso ou passeport

### Si médecin intermédiaire :

copie de la carte professionnelle et mandat du patient

### Si demande réalisée par un tiers

(formulaire au verso) :  
copie de la carte d'identité recto-verso ou du passeport du demandeur et :

▪ **Parents :** copie du livret de famille ou extrait de naissance, le cas échéant jugement rendu en cas de divorce

▪ **Tuteur :** copie du jugement rendu

▪ **Ayant droit :** livret de famille ou document obtenu auprès de l'état civil ou du notaire, certificat de vie commune, déclaration de convention de PACS

▪ **J'ai pris note** qu'en cas de demande, les frais de copie donnent lieu à la facturation des frais suivants : 0,18 € par page A4 et 1,50 € le CD d'imagerie médicale, auxquels s'ajouteront les frais d'affranchissement.



HÔPITAL FONDATION  
Adolphe de ROTHSCHILD  
LA RÉFÉRENCE TÊTE ET COU

## Document à remplir

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER PATIENT (MÉDICAL)

### Demande réalisée par le patient

Je soussigné(e),

M.       Mme

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... à : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Email : .....

### Demande à obtenir communication des documents suivants :

Le compte rendu d'hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....

Les pièces de mon dossier médical

détenu(s) par l'Hôpital Fondation Rothschild (29 rue Manin 75019 Paris)

### Selon les modalités suivantes :

Consultation sur place à l'hôpital

(une date de rendez-vous me sera communiquée)

Je demande la présence d'un médecin

Je ne souhaite pas la présence d'un médecin

Envoi postal d'une copie

À mon adresse indiquée ci-dessus

Au docteur : (nom, prénom, adresse)

.....

.....

.....

.....

.....

J'ai pris note qu'en cas de demande d'une copie, la communication n'interviendra qu'à réception par l'hôpital du règlement des frais prévus par la réglementation.

Fait à : .....

Le : .....      Signature :



Retrouvez le [formulaire de demande de dossier patient](#) sur notre site internet  
[www.for.paris](http://www.for.paris) > Votre séjour > Droits du patient > Accès au dossier médical

