

Document à remplir

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER PATIENT (MÉDICAL)

Demande réalisée par un tiers

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

.....

Ma demande est formulée en qualité de :

Titulaire de l'autorité parentale : père, mère

Tuteur

Ayant droit : conjoint, père, mère, frère, sœur, enfant, autre parent (**Rayer les mentions inutiles**)

Autre :

Demande à obtenir communication des documents suivants :

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

Les pièces du dossier médical

Détenu(e) par l'Hôpital Fondation Rothschild (29 rue Manin 75019 Paris)

concernant (préciser nom et prénom) :

Né(e) le :/...../.....

Motif(s) de la demande pour les ayants droit d'un patient décédé :

(Art. L1110-4 du Code de la santé publique)

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

Droit à faire valoir :

Autres :

Selon les modalités suivantes :

Consultation sur place à l'hôpital (une date de rendez-vous me sera communiqué)

Je demande la présence d'un médecin

Je ne souhaite pas la présence d'un médecin

Envoi postal

À mon adresse indiquée ci-dessus

Au docteur : (nom, prénom, adresse)

.....

.....

Fait à :

Le :

Signature :