

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL**

**A adresser à : La Direction de l'Hôpital d'Enfants**

60 Rue Bertin – CS 81010 – 97476 SAINT DENIS Cedex

Tel 0262 90 87 48 Fax : 0262 93 89 58

**IDENTITE DU PATIENT**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénoms : ..... Date de Naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Téléphone : .....

**Fournir impérativement copie de la PIECE D'IDENTITE**

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénoms : ..... Date de Naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Téléphone : ..... Préciser la qualité d'ayant droit : .....

**Fournir impérativement justificatif d'identité (Pièce d'identité, passeport) + copie du livre de famille pour les mineurs**

**Ou copie de la décision du Juge des Tutelles (majors protégés sous tutelle)**

**NATURE DE LA DEMANDE**

Dossier complet :

Dossier partiel :

Correspondant à une date d'hospitalisation :  A préciser : .....

Comptes-rendus d'hospitalisation :

Autres :  A préciser : .....

**MOTIF DE LA DEMANDE SI PATIENT DECEDE**

Connaitre les causes du décès :

Défendre la mémoire du défunt :

Faire valoir ses droits :

**MODALITES DE COMMUNICATION**

Sur place

Envoi postal à l'adresse indiquée ci-dessus :

Envoi postal au médecin désigné ci-après :

Nom et adresse du médecin : .....

Demande faite le : ..... à : .....

Signature :

*Nous vous rappelons que les données qui vous seront transmises sont strictement personnelles, nous vous invitons à redoubler de prudence dans la communication de ces données vis-à-vis de tiers personnes : famille, entourage, employeur, banquier, assureur,...*

