

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL**  
**D'UN ANCIEN PATIENT MAJEUR** *au moment de la demande*

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom : .....	Prénom(s) : .....
Adresse : .....	
.....	
Téléphone : .....	

***Cas du patient majeur protégé***

**IDENTITE DU PATIENT MAJEUR PROTEGE**

Nom : ..... Prénom(s): .....

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

**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 :

***Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier patient vous permettant de répondre au(x) motif(s) invoqué(s) ci-dessus.***

**MODALITES DE COMMUNICATION**

Retrait sur place

Envoi postal à l'adresse indiquée ci-dessus :

Envoi postal au professionnel de santé désigné ci-après :

Identité et adresse : .....

**PIECES JUSTIFICATIVES**

**Fournir impérativement \*** : justificatif d'identité du demandeur (carte d'identité recto-verso ou passeport)

**Cas particuliers, à fournir en complément :**

- **Majeur protégé** : une copie du jugement de placement sous tutelle et la copie de la pièce d'identité du majeur protégé
- **Patient décédé – justificatif de la qualité d'ayant droit** : livret de famille, acte de notoriété ou certificat d'hérédité, pièce d'identité du demandeur

Demande faite le : ...../...../..... à : .....

**Signature du demandeur**

*\* Toute demande incomplète ne sera pas traitée.*



**A adresser ou à déposer à l' : Hôpital d'Enfants – A l'attention de la Direction**  
60 Rue Bertin – CS 81010 – 97404 SAINT DENIS Cedex  
Tel:0262 90 87 48 - Fax: 0262 93 89 58

