

Identité du patient

M. - Mme (nom en majuscules, prénoms, pour les femmes mariées nom de jeune fille)

Né-e le / / - Téléphone / / / - @

Courriel

Adresse postale

Qualité du demandeur si le demandeur est différent du patient

Père¹ - Mère¹ (si patient mineur) - Tuteur² - Mandataire³ - (rayer la mention inutile)

M. - Mme (nom en majuscules, prénoms)

Adresse

Demande à obtenir transmission des documents suivants

(cochez la ou les cases et complétez)

- compte rendu d'hospitalisation (CRH) du / / / au / / / /
- compte rendu opératoire (CRO) de l'intervention du / / / /
- pièces essentielles du dossier médical (CRH, CRO, résultats des examens récents)
- autres documents (précisez)

à mon nom

au nom de : mon fils - ma fille

au nom de la personne dont je suis : le représentant légal - le mandataire

Nom de l'hôpital (concerné par votre demande)

Selon les modalités suivantes

- Remise sur place à l'hôpital - Consultation sur place à l'hôpital
- Envoi postal à l'adresse du demandeur
- Envoi postal au docteur (nom, prénom, adresse)

Renseignements complémentaires facilitant la recherche (dates de l'hospitalisation, service d'hospitalisation, nom du médecin ayant suivi le patient)

Date :

Signature

Pièces justificatives

Joindre une copie d'une pièce d'identité au nom du patient (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur représentant légal/mandataire, auxquelles s'ajoutent le cas échéant :
*la copie du livret de famille - *la copie du jugement de tutelle - *un mandat écrit désignant normalement la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom. **Les frais de copie et d'envoi sont facturables.**

DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Art. L. 1111-6 du code de la santé publique

Formulaire à remplir par vos soins et à remettre dans votre service d'hospitalisation

Je, soussigné-e

nom

prénom

adresse

date de naissance / /

désigne M., Mme, (nom, prénom, adresse, tél., email)

lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant)

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital.
- pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien noté que M., Mme

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;
 - pourra être consulté-e par l'équipe hospitalière pour le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.
- Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et dont j'aurais fait part au médecin.

Je peux modifier ou mettre fin à cette désignation à tout moment

Fait à
le
Signature

Signature de la personne désignée

Pièce à joindre si vous êtes sous tutelle : autorisation du juge ou du conseil de famille

Un double de ce document est conservé par le patient

Une copie est conservée par le patient

