



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE
DOSSIER MEDICAL D'UNE
PERSONNE MINEURE OU
INCAPABLE MAJEURE
D'UNE PERSONNE MINEURE OU
INCAPABLE MAJEURE**

• Identité et qualité du demandeur :

Je soussigné(e), (Nom et Prénom du demandeur)

Né(e) le/...../..... à

Demeurant à

Téléphone

Souhaite obtenir :

- ☐ l'intégralité du dossier
- ☐ les comptes-rendus d'hospitalisation
- ☐ autres pièces :

.....

Hospitalisations ou consultations concernées : *(il est recommandé de fournir un maximum de renseignements pour les dossiers anciens afin de faciliter les recherches : Dates d'hospitalisation ou de consultation, service...)* :

.....

.....

.....

.....

Concernant :

..... (Nom et Prénom du demandeur)

Né(e) le/...../..... à

Demeurant à Téléphone

Préciser le lien avec le patient :

- ☐ Représentant légal

☐ Autre :

• **Mode de communication du dossier médical :**

☐ **consultation** au Centre Hospitalier de Moze

☐ **édition d'un duplicata (facturé)** du dossier médical :

☐ qui vous sera remis par voie postale

☐ que vous viendrez directement chercher au secrétariat médical de l'Hôpital de Moze

☐ qui sera remis par voie postale au médecin de votre choix

Nom : Adresse :

Pièce d'identité produite : ☐ Carte nationale d'identité n° _____ ☐ Passeport n° _____ ☐ Permis de conduire n° _____	Pièce justificative autorité produite : ☐ livret de famille ☐ Copie ordonnance juge des tutelles
---	---

• **Observations :**

D'une façon générale, il vous est conseillé d'être accompagné d'une tierce personne lors de la consultation des informations à caractère médical pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement pourrait vous faire courir.

A,
Le/...../.....
Le demandeur
(Nom, prénom)
Signature

FACTURATION DES COPIES DE DOSSIERS MEDICAUX : 0,20 euros par page

FACTURATION DES EXPEDITIONS POSTALES : Tarif postal en courrier recommandé avec accusé de réception (R2).

Un paiement pourra être demandé avant remise des copies ou expédition postale