

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qualité du demandeur :

- Patient : préciser la date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Titulaire de l'autorité parentale pour un mineur
- Tuteur pour un majeur placé sous tutelle
- Ayants droits du patient décédé
- Médecin désigné comme intermédiaire

## IDENTIFICATION DU PATIENT (Si le demandeur est différent du patient)

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- **Dans tous les cas** : copie d'une pièce d'identité en cours de validité recto/verso.
- **Pour les titulaires de l'autorité parentale** : copie du livret de famille, en cas de séparation ou de divorce copie de la décision rendue par le tribunal.
- **Pour les tuteurs** : copie de la décision rendue par le Tribunal.
- **En cas de patient décédé : pour les ayants droit** : copie du livret de famille ou du PACS + acte notarié ou certificat d'hérédité.

## DESIGNATION PAR LE PATIENT D'UN MEDECIN INTERMEDIAIRE

Je, soussigné (e), M/Mme \_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

déclare désigner le docteur :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

RPPS : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

comme destinataire des documents de mon dossier médical.

**MOTIF DE LA DEMANDE (mention obligatoire)**

**NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES**

Période(s) d'hospitalisation(s) concernée(s) (à préciser) :

Documents souhaités :

**MODALITES DE COMMUNICATION**

- Consultation sur place (sans fourniture de copies de documents)
- Mise à disposition des copies – remis en mains propres

**Les frais de reproduction et les frais d'archivage sont à la charge du demandeur qui devra s'en acquitter à l'avance.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Partie réservée à la Clinique pour le suivi et la gestion de la demande**

Demande reçue le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° de dossier : \_\_\_\_\_

Nom du médecin responsable du patient : \_\_\_\_\_

Médecin averti le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_

Coût des frais de copie et d'envoi des documents : \_\_\_\_\_

Lettre de réception avec le montant des frais, envoyée le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Règlement : \_\_\_\_\_ Reçu le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Envoi du dossier en RAR le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Envoi du dossier en RAR n° \_\_\_\_\_

Documents récupérés le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_