

Je soussigné(e), M. / Mme: Nom.....

Prénom :..... Date de naissance :.....

Domicile :.....

Téléphone ☎:..... Fax ☎:..... Portable:.....

Je souhaite recevoir un **ACCUSÉ DE RECEPTION** de ma demande à l'adresse électronique suivante :

@.....

Agissant en qualité de :

Patient lui-même

Père, mère, représentant légal du patient mineur ou **tuteur** du patient majeur sous tutelle

Patient (Nom, Prénom, Date de naissance) :

Ayant-droit / partenaire de PACS /concubin du **patient décédé** (Nom, Prénom, Date de naissance) :

Mandataire du patient (Nom, Prénom, Date de naissance) :

Pièces justificatives à fournir avec le formulaire :

Patient lui-même : je joins la **photocopie de ma pièce d'identité**.

Père, mère, représentant légal du patient mineur : je joins la **photocopie recto verso de ma pièce d'identité** à jour et du **livret de famille** (ou d'un acte de naissance du patient mineur).

Tuteur du patient majeur protégé : je joins la **photocopie recto verso de ma pièce d'identité** à jour et de l'**ordonnance du juge des tutelles**.

Ayant-droit d'un patient décédé (ou partenaire de PACS ou concubin d'un patient décédé):

- je précise mon **lien avec la personne décédée** :
- je joins une **photocopie recto verso de ma pièce d'identité** à jour
- **et la photocopie de tout document attestant de ma qualité d'ayant-droit** (ou de partenaire de PACS ou de concubin): livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité (ou justificatif de PACS ou de concubinage).
- je précise le **motif de ma demande**, car les éléments qui me seront remis en dépendent (connaître les causes de la mort ; ou défendre la mémoire du défunt ; ou faire valoir mes droits):
.....

Mandataire du patient : je joins un **mandat daté et signé par le patient** et les **photocopies des pièces d'identité du patient et de la personne mandatée** pour la remise du dossier.



Dates et services d'hospitalisation concernés :

.....

Informations médicales sollicitées :

- les pièces essentielles du dossier médical
- le(s) compte(s) rendu(s) de l'hospitalisation duau
- les autres éléments du dossier médical (à préciser) :.....

Mode de communication choisi :

Simple consultation : le service médical vous contactera au numéro suivant :
 Vous souhaitez bénéficier de la présence d'un médecin au moment de la consultation : OUI NON.

Consultation et remise sur place : le service médical concerné vous contactera au numéro suivant :
 Vous souhaitez bénéficier de la présence d'un médecin au moment de la consultation : OUI NON.

Frais de photocopie : A4 : 0,18 € la page – A3 : 0,30€ la page.

Envoi postal (lettre RAR) :
 A moi-même, à l'adresse suivante :

A mon médecin Dr....., à l'adresse suivante :

Envoi en LRAR : tarif en vigueur. Frais de photocopie : A4 : 0,18 € la page – A3 : 0,30€ la page.

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et accepte de payer les frais liés à ma demande (sauf consultation sur place) :

Date : **Signature :**

Boulevard Robert Ballanger
 93602 AULNAY-SOUS-BOIS Cedex
 Tél. : 01 49 36 71 23
 Fax : 01 49 36 72 79
 www.ch-aulnay.fr

Tout le courrier administratif doit être adressé impersonnellement à Monsieur le Directeur.

Date d'application 2017	Confidentialité Public	N° Page 2/2
----------------------------	---------------------------	----------------