

1 IDENTITE DU PATIENT DEMANDEUR

Nom.....
Prénom.....
Nom de naissance.....
Date de naissance.....
Lieu de naissance.....
Numéro de dossier (facultatif).....

Vous pouvez demander à ce que votre dossier soit transmis à un médecin : nom, prénom et adresse du médecin

OU

2 LA DEMANDE DE DOSSIER CONCERNE L'UN DE VOS PROCHES DECEDE

Votre nom.....
Votre prénom.....
Nom de naissance.....
Date de naissance.....
Nom du (de la) patient(e) décédé(e).....
Date de naissance.....
Date de décès.....
Lieu de naissance.....
Numéro de dossier (facultatif).....

Vous devez, en qualité d'ayant-droit, préciser le motif de la demande :

- ☐ Connaître les causes de la mort
☐ Faire valoir vos droits
☐ Défendre la mémoire du défunt

Veillez justifier votre choix afin que nous puissions vérifier **la recevabilité de votre motif** et vous transmettre les éléments nécessaires à la réalisation de votre objectif :

OU

3 LA DEMANDE DE DOSSIER CONCERNE UN PATIENT MINEUR

Nom du parent 1.....
Nom de naissance du parent 1.....
Prénom du parent 1.....
Date de naissance.....
Nom du parent 2.....
Nom de naissance du parent 2.....
Prénom du parent 2.....
Date de naissance.....
Nom et prénom du patient mineur.....
Date de naissance.....
Lieu de naissance.....
Numéro de dossier (facultatif).....

4 JUSTIFICATION DE L'IDENTITE

Dans tous les cas joindre :

- Photocopie de la carte d'identité ou du passeport du demandeur
- Numéro de téléphone (afin de vous joindre si besoin).....

Y ajouter pour les ayants-droits, les concubins ou les partenaires pacsés :

- Preuve de la qualité d'ayant-droit (**certificat d'hérédité** ou **livret de famille** pour les enfants et parents...)
- Preuve de la qualité de concubin ou de partenaire pacsé (**certificat de concubinage** ou **bail commun** ou **factures communes** ou **copie du pacs**)

5 MODE DE CONSULTATION SOUHAITE

- ☐ Consultation sur place
- ☐ Consultation sur place avec accompagnement médical
- ☐ Envoi direct de copies

Merci d'indiquer votre adresse :

.....

Envoi de copies au médecin de votre choix :

Nom Prénom :

Adresse :

Date : / /

Signature du demandeur