



DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES
À UN DOSSIER DE PATIENT / RÉSIDENT

IMPRIMÉ à RETOURNER par le DEMANDEUR à l'adresse suivante :

Madame Valérie Boismartel, Directrice
Centre Hospitalier de Vendôme-Montoire
98 rue Poterie, BP 30108
41100 VENDÔME CEDEX

Identité du demandeur ①

NOM D'USAGE :

TÉLÉPHONE :

NOM DE NAISSANCE :

PORTABLE :

PRÉNOMS :

E-MAIL :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

.....

VILLE :

Qualité du demandeur si celui-ci n'est pas le patient lui même

Père, mère, représentant légal d'un enfant mineur ②

Mandataire judiciaire en charge de la mesure de protection juridique avec assistance à la personne (curateur) ③

Mandataire judiciaire en charge de la mesure de protection juridique avec représentation à la personne (tuteur) ③

Mandaté par le patient ④

Identité du patient/résident ①

NOM D'USAGE :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOMS :

LIEU DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :

CODE POSTAL :

ADRESSE :

VILLE :

.....

Cadre réservé à l'administration

N°IPP :

①-Joindre copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.

②- Joindre copie du livret de famille (ou copie du certificat d'hérédité) et une copie de la décision du juge des affaires familiales en cas de séparation ou de divorce.

③-Joindre copie du jugement ou de l'ordonnance spécifiant spécifiquement l'accès et l'accord du patient sous curatelle.

④-Joindre copie du mandat exprès.



DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES
À UN DOSSIER DE PATIENT / RÉSIDENT

Service ou unités de soins fréquentés

Désignation du service	Périodes					
	du			au		

Désignation des pièces souhaitées du dossier patient

<input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation	<input type="checkbox"/> Informations relatives aux soins infirmiers
<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'examen d'imagerie (radio, scanner, IRM...)
<input type="checkbox"/> Autres Pièces :	<input type="checkbox"/> Totalité du dossier
.....	
.....	

Modalités de communication

Viendra chercher sur place

Par envoi en lettre recommandée

Par envoi en lettre simple

à moi-même ou à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)

Nom et Prénom de votre médecin désigné :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Par communication sur place ①

Serez-vous accompagné d'un tiers : OUI NON

① - Un accompagnement médical peut vous être proposé sur simple demande

Fait à le : Signature :

Partie réservée au service des relations avec les usagers