Références Patient :
NOM (de naissance) :

Prénoms :

Né(e) le :

Sexe : ☐ F ☐ M

Période d'hospitalisation :

A l' intention de Mme TERBAK
Directrice
CMPRE BOIS LARRIS
Avenue Jacqueline MALLET
60260 LAMORLAYE

Objet : Demande d'accès au dossier patient

A _ _ _ _ _ _ _ _, le _ _ / _ _ / _ _

Madame la Directrice,

Je soussigné(e) Nom du demandeur :

Prénom du demandeur :

Adresse du demandeur :

Téléphone : mail :

En qualité de ☐ Patient majeur ☐ Détenteur de l'autorité parentale pour un patient mineur

☐ Tuteur ☐ Autre : (Précisez) _ _ _ _ _ _ _ _

Pièce(s) justificatives jointe(s):

☐ Carte d'identité (copie Recto/verso) ☐ Copie du livret de famille ☐ Justificatif de l'autorité parentale

☐ Consentement écrit du patient (mineur/tutelle) s'il est en mesure de l'établir

☐ Copie du jugement de tutelle ☐ Autre :

Demande en ce qui concerne les références patients notées ci-dessus

☐ la transmission de documents du dossier médical

☐ la consultation sur place du dossier médical ☐ avec copie de documents ☐ sans copie de documents

Je souhaite les éléments du dossier concernant / information complémentaire qui me semble utile à préciser _ _ _ _ _ _ _