



## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Dossier n°

*A remplir par l'établissement*

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un mineur dont vous avez l'autorité parentale ou d'une personne placée sous votre tutelle. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce document et le retourner à l'Association Santé et Services des Pays de l'Orne au 10 place de l'hôtel de ville – 54240 JOEUF.

M., Mme : .....

Demeurant.....

..... Numéro de téléphone.....

### Identité du patient :

M., Mme : .....

Préciser votre lien avec le patient : .....

### Pièces souhaitées

### Période d'hospitalisation

**Dates**

**Service concerné**

Tournez SVP



## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Dossier n°

### Mode de communication

- Envoi de copies à votre domicile
- Remise de copies en main propre
- Consultation sur place (avec un accompagnement médical)

### Motif de la demande

(facultatif, à précisez afin de faciliter la gestion de votre demande)

### Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre

- une copie recto / verso de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire
- une copie recto / verso de la carte nationale d'identité du patient, de son passeport ou de son permis de conduire
- une copie du livret de famille et/ou copie intégrale de l'extrait de naissance (si patient mineur)
- une copie du jugement de divorce (si le cas et si patient mineur)
- copie de l'ordonnance de juge des tutelles (si patient sous tutelle).

A....., le .....

Signature du demandeur