**Fiche Patient** Accès à votre dossier médical

**Pièces à fournir :** **Personne concernée :** copie de la carte d’identité

recto-verso ou passeport

**Si médecin intermédiaire :**

copie de la carte professionnelle et mandat du patient

**Si demande réalisée**

**par un tiers**

(formulaire au verso) : copie de la carte d’identité recto-verso ou du passeport du demandeur et :

**• Parents :** copie du livret
de famille ou extrait de naissance, le cas échéant jugement rendu en cas

de divorce

**• Tuteur :** copie
du jugement rendu

**• Ayant droit :** livret de famille ou document obtenu auprès de l‘état civil ou

du notaire, certificat de vie commune, déclaration

de convention de PACS

Document à remplir **FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER PATIENT** (MÉDICAL)

Demande réalisée par le patient

Je soussigné(e),

 M. Mme

Nom : ........................................................................................................................

Nom de naissance : ..............................................................................................

Prénom : ..................................................................................................................

Date de naissance : ..... /...... /.............. à : ............................................................

Adresse : ...................................................................................................................

.....................................................................................................................................

Téléphone : ..............................................................................................................

Email : ......................................................................................................................

**Demande à obtenir communication des documents suivants :**

 Le compte rendu d’hospitalisation du ..... /...... /........ au ..... /...... /........

 Les pièces de mon dossier médical

détenu(s) par l’Hôpital Fondation Rothschild (29 rue Manin 75019 Paris)

**Selon les modalités suivantes :**
 Consultation sur place à l’hôpital

(une date de rendez-vous me sera communiquée) Je demande la présence d’un médecin
 Je ne souhaite pas la présence d’un médecin

Envoi postal d’une copie

 À mon adresse indiquée ci-dessus

 Au docteur : (nom, prénom, adresse)
 .................................................................................................................

 .................................................................................................................

 .................................................................................................................

 .................................................................................................................

 .................................................................................................................

**J’ai pris note qu’en cas de demande d’une copie, la communication** **n’interviendra qu’à réception par l’hôpital du réglement des frais** **prévus par la réglementation.**

Fait à : .....................................................

Le : .............................. Signature :



**Retrouvez le formulaire de demande de dossier patient sur notre site internet** **www.for.paris > Votre séjour > Droits du patient > Accès au dossier médical**