

## **Formulaire de demande d'information médicale**

A retourner à : M. Le Directeur de SOINS ET SANTE - 325bis rue Maryse Bastié 69141 RILLIEUX CEDEX

### **Identification du demandeur :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Qualité :**  Patient  Ayant droit

Autres (Entourer la mention utile) : Médecin Tuteur Force publique sous réquisition

**Souhaite les éléments du dossier médical de (Civilité, NOM, prénom) \_\_\_\_\_,**

**Né(e) le (date de naissance) \_\_\_\_\_.**

### **Pièce à fournir :**

*Si patient, photocopie recto/verso d'une pièce d'identité*

*Si ayant droit, fournir en complément un justificatif de la qualité d'ayant droit (Acte de notoriété, certificat d'hérédité, ...)*

---

### **Je suis patient, je souhaite :**

L'ensemble de mon dossier médical

La partie du dossier correspondant à mon hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....

Les éléments suivants : \_\_\_\_\_

### **Je suis ayant droit, je précise le motif de ma demande :**

Connaître la cause du décès

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir mes propres droits

Précisions : \_\_\_\_\_

---

### **Modalité de communication :**

Consultation sur place

Envoi par la poste (Les coûts de reproduction et d'envoi vous seront communiqués par courrier ultérieur)

Envoi à un médecin, Nom et adresse du médecin désigné : \_\_\_\_\_

---

**Date :**

**Signature du patient ou de l'ayant droit faisant la demande :**