

Nom et prénom du patient :

Nom et prénom du demandeur (si différent du patient) :

Lien de parenté (si le demandeur n'est pas le patient) :

Renseignements facilitant la recherche du dossier (Date de l'hospitalisation, service d'hospitalisation)

Éléments du dossier demandés :

- Le compte rendu de l'hospitalisation
- Le compte rendu opératoire
- Intégralité du dossier médical
- Partie du dossier et documents particuliers (à préciser) :

Motif de la demande (pour les ayants droits uniquement) :

- Connaître les causes de la mort,
- Défendre la mémoire du défunt,
- Faire valoir leurs droits.

Mode de communication du dossier choisi:

- Consultation sur place
- Envoi postal
 - o Envoi postal à M, Mme, Mlle (nom, prénom, adresse) :

- o Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse)

Je déclare avoir été informé que l'envoi de la copie du dossier à mon domicile ou à mon médecin traitant me sera facturé, à hauteur des frais de copie et d'envoi du document. Je m'engage à m'acquitter de cette somme dès réception de la facture.

Date : Signature du demandeur :

Pièces justificatives à fournir avec la demande :

Qualité du demandeur	Pièces à fournir
Patient lui-même	- Copie de la pièce d'identité du patient
Personne titulaire de l'autorité parentale dans le cas d'une demande de dossier d'un mineur	- Copie de la pièce d'identité du mineur - Copie de la pièce d'identité de la personne titulaire de l'autorité parentale - Copie du livret de famille permettant de prouver le lien de parenté ou copie de la décision de justice précisant l'attribution de tout ou partie de l'autorité parentale - Motif explicite de la demande
Tuteur d'une personne protégée	- Copie de la pièce d'identité de la personne protégée - Copie de la pièce d'identité du tuteur - Copie de la décision de jugement de tutelle - Motif explicite de la demande
Ayant droit d'une personne décédée	- Copie de la pièce d'identité de l'ayant droit - Copie d'un document justifiant le statut d'ayant droit (acte du notaire, livret de famille, pacte civil de solidarité...) - Motif explicite de la demande

Formulaire à adresser à :
Direction - Clinique du Mousseau
2 – 4 Avenue de Mousseau
91035 Evry Courcouronnes CEDEX