

**Demande d'informations
relatives
à un dossier de patient
mineur ou majeur protégé**

IMPRIMÉ à RETOURNER par le DEMANDEUR à l'adresse suivante :

Service Relations avec les Usagers

Hôpital de Plaisir Grignon, 220 rue Mansart BP 19 - 78375 Plaisir Cedex

IDENTITÉ DU DEMANDEUR ①

NOM DU PÈRE ② :	NOM DE LA MÈRE ② :
PRÉNOMS :	PRÉNOMS :
ADRESSE :	ADRESSE :
.....
CODE POSTAL :	CODE POSTAL :
VILLE :	VILLE :
TÉLÉPHONE :	TÉLÉPHONE :
E-MAIL :	E-MAIL :

NOM DU TUTEUR ③ :	PRÉNOMS :
ADRESSE :	CODE POSTAL :
.....	VILLE :

IDENTITÉ DU MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE:

.....

CODE POSTAL : VILLE :

Cadre réservé à l'administration

N°IPP :

① - Joindre copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.

② - Joindre copie du livret de famille.

③ - Joindre copie du jugement de tutelle.

SERVICES DE SOINS OU UNITÉS FRÉQUENTÉS						
DÉSIGNATION DES SERVICES OU UNITÉS	PÉRIODES					
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
DÉSIGNATION DES PIÈCES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITÉES						
<input type="checkbox"/> Totalité du dossier <input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation <input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Comptes rendus opératoire	<input type="checkbox"/> Informations relatives aux soins infirmiers <input type="checkbox"/> Copies des radiographies <input type="checkbox"/> Autres pièces :					
MODALITÉS DE COMMUNICATION						
<input type="checkbox"/> Viendra chercher sur place <input type="checkbox"/> Par envoi d'une copie : <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> à moi-même <input type="checkbox"/> à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées) </div> Nom, prénoms du médecin désigné : Code postal : Ville : <input type="checkbox"/> Par communication sur place Serez-vous accompagné d'un tiers : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						

Fait à

Le :

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE AU SERVICE DES RELATIONS AVEC LES USAGERS
Date d'envoi des copies du dossier :
Date de rendez-vous avec le demandeur :

