

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 : <input type="checkbox"/> à moi-même <input type="checkbox"/> à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées) 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 : | |

