



HOPITAL DE
PLAISIR
GRIGNON

IMPRIMÉ

**Demande d'informations
relatives à un dossier de
patient/résident
par un tiers mandaté**

Diffusion par :
Service Relations
avec les usagers

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 TIERS MANDATÉ ① ②

NOM DE FAMILLE : TÉLÉPHONE :
PRÉNOMS : PORTABLE :
ADRESSE: E-MAIL :
..... VILLE :
..... CODE POSTAL :

IDENTITÉ DU PATIENT/RÉSIDENT MANDANT ①

NOM DE FAMILLE : NOM DE JEUNE FILLE :
PRÉNOMS : LIEU DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE :/...../..... VILLE :
ADRESSE: CODE POSTAL :
.....

Cadre réservé à l'administration

N°IPP :

①- Joindre justificatif des 2 identités : copie recto verso de la carte nationale d'identité ou du passeport du mandant et du mandataire.

②- Joindre à votre demande un mandat express (modèle joint).

SERVICES OU UNITÉS DE SOINS FRÉQUENTÉS

DÉSIGNATION DU SERVICE OU UNITÉ	PÉRIODES					
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année

MODALITÉS DE COMMUNICATION

Viendra chercher sur place

Par envoi d'une copie :

à moi-même à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)

Nom et prénom de votre médecin désigné :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Par communication sur place ①

DÉSIGNATION DES PIÈCES DU DOSSIER PATIENT/RÉSIDENT SOUHAITÉES

intégralité du dossier patient

compte rendu d'hospitalisation

clichés (radios scanners...)

autres pièces

Fait à le :

Signature :

①- Un accompagnement médical peut vous être proposé

PARTIE RESERVÉE AU SERVICE DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

Date d'envoi des copies du dossier :

Date de rendez-vous avec le demandeur :



HÔPITAL de
PLAISIR GRIGNON

MANDAT (procuration)

Je soussigné(e) M / Mme, (rayer la mention inutile)

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

.....
.....

Joindre votre pièce d'identité

Autorise M / Mme, (rayer la mention inutile)

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

.....
.....

Joindre la pièce d'identité de la personne à qui vous donnez cette procuration

À être destinataire d'une copie de mon dossier patient

Fait à, le.....

Signature