

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

Service Relations avec les Usagers

Centre Hospitalier de Plaisir , 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 :
.....CC
ODE 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 FREQUENTÉS

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"/> Informations relatives aux soins infirmiers <input type="checkbox"/> Comptes-rendus d'examens d'imagerie (radio, scanner, IRM...)	<input type="checkbox"/> Autres pièces souhaitées :
--	--

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, prénoms du médecin désigné :

Code postal : Ville :

Par communication sur place

Serez-vous accompagné d'un tiers : OUI NON

Fait à

Le :

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE AU SERVICE DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

Dates d'envoi des copies du dossier :

Date de rendez-vous avec le demandeur :