

PIÈCES À FOURNIR

DEMANDE RÉALISÉE PAR LE PATIENT

Copie de la carte d'identité
recto-verso ou passeport

DEMANDE RÉALISÉE PAR UN TIERS (formulaire au verso)

Copie de la carte
d'identité recto-verso ou du
passeport du demandeur
et :

- PARENTS: copie du livret
de famille ou extrait de
naissance, le cas échéant
jugement rendu en cas de
divorce

- TUTEUR : copie du
jugement rendu

- AYANT DROIT : livret de
famille et acte notarié, ou
certificat de vie commune,
déclaration de convention
de PACS

Copie acte de décès du
patient si non intervenu
dans l'établissement

J'ai pris note qu'en cas de
demande, les frais de copie
donnent lieu à une
facturation des frais suivants:
0,18€ par page A4 et 10€ le
CD d'IRM seul et 30€ le
CD + les clichés, auxquels
s'ajouteront les frais
d'affranchissement en
lettre recommandée avec
avis de réception.

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Numéro de téléphone :

Email :

Demande à obtenir communication des documents suivants :

Le compte rendu d'hospitalisation du/...../..... au/...../.....

Les pièces du dossier médical :

Détenus par la CLINIQUE TURIN 9 rue de Turin 75008 Paris

Selon les modalités suivantes :

Consultation sur place (un rendez-vous sera communiqué)

Je demande la présence d'un médecin

Je ne souhaite pas la présence d'un médecin

Envoi postal d'une copie

À mon adresse indiquée ci-dessus

Au Docteur : (nom, prénom, adresse)

**J'ai pris note qu'en cas de demande d'une copie, je devrais envoyer
le règlement des frais prévus par la réglementation par chèque à l'ordre
de la Clinique.**

Fait à : Le : Signature :

Demande réalisée par un tiers demandeur

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance :/...../.....

Adresse :

Demande à obtenir communication des documents suivants :

Le compte rendu d'hospitalisation du/...../..... au/...../.....

Les pièces du dossier médical :

Détenus par la CLINIQUE TURIN 9 rue de Turin 75008 Paris

Concernant (préciser nom et prénom) :

Né(e) le :/...../.....

Ma demande est formulée en qualité de :

Titulaire de l'autorité parentale : père, mère

Tuteur

Ayant droit : Conjoint, père, mère, frère, sœur, enfant, autre parent (rayer les mentions inutiles)

Autre :

Motif(s) de la demande pour les ayants droit d'un patient décédé (Art L1110-4 du code de la santé publique) :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

Droit à faire valoir :

Selon les modalités suivantes :

Consultation sur place (un rendez-vous sera communiqué)

Je demande la présence d'un médecin

Je ne souhaite pas la présence d'un médecin

Envoi postal

À mon adresse indiquée ci-dessus

Au docteur : (nom, prénom, adresse)

Fait à : Le : Signature :