

# Formulaire patient majeur / majeur protégé



Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer sa confidentialité, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

À nous retourner à :

**Centre Hospitalier Le Mans – Direction Qualité et Patients  
Service droits des patients**  
194 avenue Rubillard – 72037 Le Mans Cedex 9

Ou par mail :

demandedossiermedical@ch-lemans.fr

## 1. Mon identité

Nom ..... Prénom.....  
Nom de jeune fille : ..... Née le ...../...../.....  
.....  
Adresse .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. (obligatoire) ..... Mail.....

## 2. Identité du représentant légal pour un majeur protégé

Nom ..... Prénom.....  
Née le ...../...../.....  
Adresse .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Exprime cette demande en qualité de : .....

## 3. Informations relatives à la demande

### Dates d'hospitalisation et/ou de consultation

Du.....au.....	Service : .....

## 4. Nature des documents

Les éléments du dossier médical requis :

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Pièces essentielles du dossier médical
- Autre(s) document(s) (à préciser) : .....
- .....

## 5. Modalités de communication des documents

Communication des éléments du dossier médical établi selon les modalités suivantes :

- Par consultation à l'hôpital, sur rendez-vous dans le service concerné par les soins
- Par envoi postal à : .....
- .....
- Code Postal : ..... Ville : .....
- Par envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) : .....
- .....

## 6. Justificatifs de documents à fournir

Patient majeur :

- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité (passeport, carte d'identité)

Patient majeur protégé :

- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité du patient majeur
- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité du représentant légal
- Copie de l'ordonnance de tutelle, curateur, sauvegarde de justice

## 7. Attestation

Je soussigné(e),  M.  Mme .....

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature

Pour tous renseignements complémentaires, merci de contacter le **Département des Dossiers Médicaux** au **02 44 71 01 80**.