

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 :

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

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

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

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

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

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**.