

Formulaire patient mineur

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. Identité du patient mineur

Nom Prénom.....

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

Père Mère autre (à préciser) :

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 sur place 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) :
-

4. Justificatifs de documents à fournir

- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité (passeport, carte d'identité) du représentant légal
- Copie du livret de famille
- Ordonnance, jugement ou arrêt rendu concernant l'exercice de l'autorité parentale

5. 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**.