

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSMISSION DE DOSSIER PATIENT

Formulaire à retourner complété à l'Institut Mutualiste Montsouris
à l'attention de M. Le Directeur Général – 42 bd Jourdan 75674 Paris cedex 14

Joindre IMPERATIVEMENT une copie de votre **pièce d'identité** et **tout document** attestant votre qualité de **représentant légal** d'un mineur ou d'un incapable majeur ou **d'ayant droit d'un patient décédé** (copie du livret de famille ou acte de notoriété ou certificat d'hérédité).

Merci de renseigner TOUS les items de ce formulaire pour un traitement rapide.
Attention, toute demande de copie d'un dossier datant de plus de 20 ans ne pourra être honorée.

Je soussigné(e) Mme Mlle M. (NOM Prénom) :

.....
Nom de jeune fille :

Né(e) le :/...../..... Tel :

Domicilié(e) :

Adresse mail :

Demande d'obtention (cochez une seule case) :

de **MON** dossier médical

- **Précisez le séjour souhaité (si plusieurs séjours effectués)** :

- **Ou tous les séjours** :

du dossier médical de (NOM Prénom du patient) :

Né(e) le : /..... /.....

A RENSEIGNER UNIQUEMENT S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE PAR UN TIERS :

Il est **IMPERATIF** de préciser votre qualité (ayant droit, représentant légal, mandataire...) et de joindre un justificatif (copie livret de famille ou acte de notoriété ou certificat d'hérédité) :

Précisez le motif de votre demande :

Pour connaître les causes du décès

Pour défendre la mémoire du défunt (précisez en quoi la mémoire a été attaquée) :

Pour faire valoir des droits (précisez quels droits) :

Le **motif est obligatoire dans le cadre d'une demande par un tiers**. Il permettra de répondre au mieux à votre demande.

Rappel : dans le cas d'une demande d'un ayant droit, seules des informations de nature à apporter la réponse au motif de la demande seront communiquées et non pas l'ensemble du dossier.

Mode de communication (cochez une seule case) :

Envoi des photocopies à mon adresse (forfait 15 euros) – Chèque à l'ordre de l'IMM, à joindre à la présente demande

ou Envoi des photocopies au Dr (Nom, Prénom et adresse) (forfait 15 euros) - Chèque à l'ordre de l'IMM, à joindre à la présente demande

ou Retrait des photocopies sur place (forfait 10 euros) – Règlement sur place, chèque ou espèces

ou Consultation sur place dans le service, en présence d'un médecin hospitalier (prendre RDV auprès du secrétariat du service concerné)

+ 2 € par CD de clichés radio

Date de la demande :

Signature :