**IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

Nom de naissance : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom d’usage *(nom marital si concerné)* : ……………………………………………………………………………………………………….

Prénom :………………………………………………………………… Date de naissance : …………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de téléphone (fixe ou portable) : ………………………………………………………………………………………………………

**Qualité du demandeur** (préciser en cochant la case correspondante) :

* Patient
* Titulaire de l’autorité parentale pour un mineur \*
* Tuteur pour un majeur placé sous tutelle \*
* Ayants droit du patient défunt \*
* Médecin désigné comme intermédiaire \*

**\* IDENTIFICATION DU PATIENT (*SI DIFFERENTE DU DEMANDEUR*) :**

Nom de naissance : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nom d’usage *(nom marital si concerné)* : ……………………………………………………………………………………………………

Prénom :………………………………………………………………… Date de naissance : ………………………………………………..

**SEJOUR(S) CONCERNE(S)**

Date(s) d’hospitalisation du (des) séjour(s) concernée(s) par la demande :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**PIECES DEMANDEES**

🞎 Compte rendu d’hospitalisation 🞎 Compte rendu opératoire

🞎 Résultats d’examens (biologie, anatomopathologie, compte rendu de radiographie)

🞎 Autre : préciser ……………………………………………………………………………..

**MODALITES DE COMMUNICATION**

🞎 Dossier envoyé au médecin de mon choix : préciser nom et adresse ci-dessous

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

🞎 Consulter ce dossier médical sur l’établissement

🞎 Envoyer une copie à l’adresse du patient ou du demandeur

**MOTIVATION DE LA DEMANDE :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Fait à : le : Signature du demandeur :

**PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :**

* **Dans tous les cas** : **copie d’une pièce d’identité en cours de validité recto/verso du demandeur et du patient concerné par la demande si différente du demandeur.**
* **Si la demande concerne un enfant :** copie du livret de famille, en cas de séparation ou de divorce copie de la décision rendue par le tribunal.
* **Pour les tuteurs**: copie de la décision rendue par le Tribunal.
* **Pour les ayants droit** : copie du livret de famille, acte notarié ou contrat d’assurance mentionnant le bénéficiaire, PACS, acte de décès.

Le formulaire, ainsi que les pièces justificatives sont à renvoyer à :

Clinique DU PALAIS

A l’attention du Directeur

25 AVENUE CHIRIS

06 130 GRASSE

Votre demande sera traitée dans les meilleurs délais dès réception de l’ensemble des pièces justificatives nécessaires.

**Il est important de rappeler que les copies des documents établis sur votre demande contiennent des informations couvertes par le secret médical et il vous appartient d’en préserver la confidentialité et l’usage qui pourrait en être fait auprès de tiers.**