



DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE PATIENT

Nom de naissance : Prénom :
Nom marital : Sexe :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse :
Téléphone :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Qualité du demandeur :
 Patient
 Représentant légal, détenteur de l'autorité parentale

Si vous êtes représentant légal, détenteur de l'autorité parentale, merci de préciser votre identité :

Nom prénom :
Lien de parenté :
Adresse :

Téléphone :

NATURE DE LA DEMANDE

Préciser les pièces demandées et toute information complémentaire facilitant la recherche (dates de l'hospitalisation, nom du médecin ayant suivi le patient ...) :

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

<input type="radio"/> Envoi des copies : <input type="radio"/> Au demandeur <input type="radio"/> Au médecin de votre choix <input type="radio"/> Consultation sur place <input type="radio"/> Retrait sur place	Nom du médecin et coordonnées exactes :
--	---

Document à renvoyer à l'adresse suivante accompagnée des pièces justificatives nécessaires (voir la fiche pratique) : Centre Hospitalier des Pyrénées, 29 avenue du Général Leclerc, 64000 Pau.