

**Date de réception du formulaire :**  
(Mention à compléter par la clinique)

## Formulaire de demande de communication de documents médicaux

**Nom et prénom du patient :** .....

**Nom et prénom du demandeur (si différent du patient) :** .....

**Lien de parenté (si le demandeur n'est pas le patient) :** .....

**Renseignements facilitant la recherche du dossier (Date de l'hospitalisation, service d'hospitalisation)**

.....  
.....  
.....

### Éléments du dossier demandés :

- Le compte rendu de l'hospitalisation
- Le compte rendu opératoire
- Intégralité du dossier médical
- Partie du dossier et documents particuliers (à préciser) :

.....

### Mode de communication du dossier choisi:

- Consultation sur place
- Envoi postal
  - o Envoi postal à M, Mme, Mlle (nom, prénom, adresse) :

.....

- o Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse)

.....

**Je déclare avoir été informé que l'envoi de la copie du dossier à mon domicile ou à mon médecin traitant me sera facturé, à hauteur des frais de copie et d'envoi du document. Je m'engage à m'acquitter de cette somme dès réception de la facture.**

**Date :** ..... **Signature du demandeur :**

### Pièces justificatives à fournir avec la demande :

Qualité du demandeur	Pièces à fournir
<b>Patient lui-même</b>	- Copie de la pièce d'identité du patient
<b>Personne titulaire de l'autorité parentale</b> dans le cas d'une demande de dossier d'un mineur	- Copie de la pièce d'identité du mineur - Copie de la pièce d'identité de la personne titulaire de l'autorité parentale - Copie du livret de famille permettant de prouver le lien de parenté ou copie de la décision de justice précisant l'attribution de tout ou partie de l'autorité parentale
<b>Tuteur</b> d'une personne protégée	- Copie de la pièce d'identité de la personne protégée - Copie de la pièce d'identité du tuteur - Copie de la décision de jugement de tutelle
<b>Ayant droit</b> d'une personne décédée	- Copie de la pièce d'identité de l'ayant droit - Copie d'un document justifiant le statut d'ayant droit (acte du notaire, livret de famille, pacte civil de solidarité...) - Motifs explicites de la demande

**Formulaire à adresser à : CMCO d'Evry – Clinique du Mousseau  
2 – 4 Avenue de Mousseau  
91035 Evry CEDEX**