



Formulaire B
Demande de copie du dossier médical d'un patient
par autrui

Je soussigné(e) :

- Nom et prénom:

.....

- Date de naissance :

.....

- Téléphone/GSM :

.....

- Adresse :

.....

agissant en qualité de :

- personne de confiance

Vous devez produire à l'appui de votre demande l'accord écrit du patient vous autorisant nommément à obtenir une copie de son dossier médical ainsi qu'une copie de la carte d'identité recto-verso du patient et de la vôtre.

- représentant légal (patient mineur ou majeur incapable)

Pour un majeur incapable, vous devez produire à l'appui de votre demande un document attestant de votre qualité de représentant légal (mandat, décision judiciaire, lien ou parenté avec le patient, ...) ainsi qu'une copie d'identité recto-verso de votre carte d'identité.

sollicite la copie du dossier médical du patient :

- Nom et prénom :

.....

- Date de naissance :

.....

