



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

## Identité du demandeur

Je soussigné(e), Madame, Mademoiselle, Monsieur,

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Rue : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ : .....

## Qualité du demandeur

Patient       Représentant légal de (Nom et Prénom) : .....  
Date de naissance du patient : .....

Ayant droit de (Nom et Prénom) : .....  
Date de naissance : ..... Date de décès : .....

## Documents justificatifs à fournir

Patient	⇒ copie de votre carte d'identité
Titulaire de l'autorité parentale	⇒ copie de votre carte d'identité ⇒ copie du livret de famille ⇒ en cas de divorce, le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale
Tuteur	⇒ copie de votre carte d'identité ⇒ copie du jugement de tutelle
Ayant droit	⇒ copie de votre carte d'identité ⇒ copie du livret de famille ⇒ copie de l'acte de décès ⇒ copie du certificat d'hérédité

## Motif de la demande

Information       Changement de domicile       Expertise (date).....  
 Autre : .....

**Attention ! Les ayants droits doivent impérativement motiver leur demande et en indiquer le motif :**

- Connaître les causes du décès  
 Défendre la mémoire du défunt  
 Bénéficier d'un droit

## Dates et services d'hospitalisation et/ou de consultation

Dates	Services concernés

Document à retourner accompagné des justificatifs demandés à :

Monsieur le Directeur – Centre Hospitalier de Thiers – BP 89 – Route du Fau – 63307 THIERS

