

# Fiche Patient

Accès à votre dossier médical

## Pièces à fournir :

### Personne concernée :

copie de la carte d'identité recto-verso ou passeport

### Si médecin intermédiaire :

copie de la carte professionnelle et mandat du patient

### Si demande réalisée par un tiers

(formulaire au verso) : copie de la carte d'identité recto-verso ou du passeport du demandeur et :

- **Parents** : copie du livret de famille ou extrait de naissance, le cas échéant jugement rendu en cas de divorce

- **Tuteur** : copie du jugement rendu

- **Ayant droit** : livret de famille ou document obtenu auprès de l'état civil ou du notaire, certificat de vie commune, déclaration de convention de PACS

J'ai pris bonne note que la 1ère demande est gratuite, mais qu'au-delà les frais de copie donnent lieu à la facturation des frais suivants : 0,18 €/page et 1,50 €/CD d'imagerie médicale, auxquels s'ajouteront les frais d'affranchissement.



HÔPITAL FONDATION  
Adolphe de ROTHSCHILD  
LA RÉFÉRENCE TÊTE ET COU

# Document à remplir FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER PATIENT (MÉDICAL)

## Demande réalisée par le patient

Je soussigné(e),

M.       Mme

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... à : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Email : .....

### Demande à obtenir communication des documents suivants :

Le compte rendu d'hospitalisation du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Les pièces de mon dossier médical

détenu(s) par l'Hôpital Fondation Rothschild (29 rue Manin 75019 Paris)

### Selon les modalités suivantes :

Consultation sur place à l'hôpital

(une date de rendez-vous me sera communiquée)

Je demande la présence d'un médecin

Je ne souhaite pas la présence d'un médecin

Envoi postal d'une copie

À mon adresse indiquée ci-dessus

Au docteur : (nom, prénom, adresse)

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

**J'ai pris note qu'en cas de demande d'une seconde copie et au-delà, la communication n'interviendra qu'à réception par l'hôpital du règlement des frais prévus par la réglementation.**

Fait à : .....

Le : ..... Signature :

 Retrouvez le [formulaire de demande de dossier patient](#) sur notre site internet [www.for.paris](http://www.for.paris) > Votre séjour > Droits du patient > Accès au dossier médical

