

Demande de copie de dossier médical

A adresser par courrier au Département d'information médicale (DIM)
CHNO des Quinze-Vingts - 28 rue de Charenton - 75571 Paris Cedex 12
Contact : par téléphone au 01 40 02 10 75 OU par mail à dim@15-20.fr

N° d'enregistrement de la demande au DIM :/20.....

Identité du patient :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° de dossier :

Adresse :

Identité du demandeur :

NOM :

Prénom :

En qualité de :

Patient Détenteur de l'autorité parentale Ayant droit Tuteur

Je souhaite :

La copie de mon dossier médical

Recevoir les pièces suivantes :

Motif(s) de la demande :

Modalités de restitution des documents :

Je souhaite l'envoi à mon domicile.*

Je souhaite revenir sur place. Mon numéro de téléphone, dans la journée, pour me fixer un rendez-vous :

Facturation : 0,18 € TTC par page photocopiée. Paiement auprès du Trésor public - 94 rue Réaumur 75002 PARIS - par CB ou chèque à l'ordre du Trésor public. () L'envoi des documents à domicile se fait en recommandé avec accusé de réception. Les frais postaux sont à votre charge et à régler avant l'envoi.*

Le/...../ 20.....

Signature

Justificatifs à fournir si vous êtes :

- **patient** : copie de la pièce d'identité recto verso
- **détenteur de l'autorité parentale** : copie de la pièce d'identité recto verso parents et enfant et du livret de famille page des parents et de l'enfant
- **tuteur** : copie de la pièce d'identité recto verso et de la décision du tribunal de grande instance justifiant la tutelle
- **ayant droit** : contacter le DIM

