

DOCUMENT D'AUTORISATION à remplir avant RDV avec le médecin médiateur de l'établissement

Afin de permettre de répondre à vos interrogations, le médecin médiateur de l'établissement a besoin de consulter votre dossier médical ou celui de votre proche.

Je soussigné(e) Mme / Mlle / M.

Né (e) le

Domicilié à :

CP / Ville :

J'autorise le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye à transmettre sous pli confidentiel au médecin médiateur de l'établissement :

mon dossier médical

le dossier médical d'une autre personne :

Identité du patient dont le dossier est demandé

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

- en qualité de mandataire (ex : en tant que fils ou fille du patient)
- en qualité d'ayant droit
- en qualité de titulaire de l'autorité parentale
- en qualité de tuteur

Nom et Prénom :

Signature :

Fait, le

NB : Pour que votre demande soit prise en compte, il convient de joindre une copie de votre pièce nationale d'identité.

Dans le cas d'une demande en qualité de mandataire, vous devez joindre un mandat express et une copie de la pièce d'identité du patient qui vous mandate.