

PATIENT

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance : / /

Mail : Téléphone :

AUTRE DEMANDEUR (à remplir si différent du patient)

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse (si différente) :

.....

Mail : Téléphone :

Qualité du demandeur :

- Tuteur
- Titulaire de l'autorité parentale
- Si mandataire, précisez :
 - Avocat
 - Médecin traitant
 - Mandataire d'habilitation familiale générale

PERIODES ET SERVICES

Date d'entrée	Date de sortie	Unité d'hospitalisation

MODE DE COMMUNICATION

- Envoi à votre domicile
- Consultation sur place (le rendez-vous sera fixé par le secrétariat en présence du médecin du CHU)
- Remise en main propre dans le service médical concerné
- Envoi au mandataire de votre choix :

• Nom du mandataire :

• Adresse du mandataire :

.....

.....

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR (en cours de validité)

JE SUIS

JE FOURNIS LES COPIES DES DOCUMENTS SUIVANTS :

Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Ma pièce d'identité recto-verso
Titulaire de l'autorité parentale (cas du patient mineur)	<ul style="list-style-type: none"> • Pièce d'identité du mineur recto-verso • Livret de famille (extrait) portant mention des parents et de l'enfant concerné • Justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou séparation
Tuteur ou mandataire d'habilitation familiale générale	<ul style="list-style-type: none"> • Pièce d'identité du patient recto-verso • Carte d'identité du demandeur et/ou carte professionnelle • Jugement prononcé de la mesure
Mandataire (avocat ou médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Pièce d'identité du patient recto-verso • Carte d'identité du mandataire • Carte professionnelle du mandataire • Procuration motivée et signée par le mandant

Ce formulaire ainsi que les pièces jointes sont à envoyer par :

- Mail ou courrier au secrétariat médical concerné
- En cas de difficulté rencontrée ou en cas d'insatisfaction de la réponse apportée par le service, vous pouvez saisir la Commission des Usagers soit par :
 - Mail : cdu@chu-nice.fr
 - Courrier : CHU de Nice - Hôpital de Cimiez - CS 91179 - 06003 Nice Cedex 1

Je reconnais accepter le principe du règlement des frais de reproduction des pièces demandées. Je suis informé(e) que les tarifs des copies sont consultables sur le site Internet du CHU de Nice ou sur simple demande auprès du(des) secrétariat(s) concerné(s). Une fois ce document renvoyé, un devis me sera adressé après le retour d'évaluation effectué par les services médicaux. A défaut de l'accepter, je reconnais avoir été informé(e) qu'aucune copie de pièce ne me sera transmise.

A

Signature du demandeur

Le