

Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

ANNEXE 8

DOSSIER PATIENT :

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom(s) : Date de naissance :
Demeurant :

N°

ATTESTATION

Je soussigné (Nom, Prénom et Adresse)
.....
.....

Agissant en qualité de : patient* / représentant légal* / ayant droit *

- Atteste avoir consulté ce jour dans le service hospitalier concerné le dossier patient susvisé
- Atteste qu'il m'a été remis ce jour à ma demande une copie du dossier patient susvisé
- Atteste avoir eu copie partielle du dossier susvisé à savoir :

(Description des documents remis) :

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

Fait le

Signature

Nom, fonction et service de la personne ayant effectué la communication :

.....
.....

(Document à conserver au dossier patient)

* Rayer la mention inutile