

## 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