



**Demande de changement d'identité
d'un patient**

Ref : en-G-C/039v03
Version : 03



Madame, Monsieur,

A votre demande, nous avons effectué des analyses pour un patient dont l'identité était erronée et/ou incomplète.

Afin de mettre à jour le dossier du patient, veuillez compléter les renseignements ci-joints à l'aide de documents officiels d'identité (CNI, passeport, titre de séjour pour un adulte, livret de famille ou extrait d'acte de naissance pour un mineur sans autre document)

Etablissement :

Service :

Téléphone :

Je soussigné(e) fonction.....

certifie l'exactitude du changement d'identité ci-après :

Ancienne identité du patient :

NOM D'USAGE

NOM de NAISSANCE :

1er PRENOM :

Autre(s) PRENOM(s).....

Date de naissance :

Sexe :

Lieu de naissance.....

N°IPP :

Nouvelle identité du patient :

NOM D'USAGE

NOM de NAISSANCE :

1er PRENOM :

Autre(s) PRENOM(s).....

Date de naissance :

Sexe :

Lieu de naissance.....

Renseigner l'identité complète du patient

N°IPP :

Fait à, le

Signature