

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MÉDICAL

I - Identité du Demandeur :

Je soussigné(e) Mme / Melle / Mr (prénom, nom de naissance et nom d'usage) :

.....

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Agissant en tant que :

- patient
- représentant légal de (nom, prénom) :
- Né(e) le Décédé(e) le :

Motif de la demande de communication (pour les ayants droits, un justificatif notarié doit être fourni) :

- Connaître la cause du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir mes propres droits
- Autres, à préciser :

II - Demande de Communication des documents suivants :

- le compte rendu opératoire
- le dossier infirmier
- autre (s) document (s), à préciser :
-

Renseignements facilitant la recherche du dossier : date d'hospitalisation, service(s) d'hospitalisation, nom du(es) médecin(s) référent(s) :

III - Selon les modalités suivantes :

- Je choisis la consultation du dossier sur place en présence d'un membre de la direction et/ou d'un médecin : merci de prendre rendez-vous auprès de l'Assistant de Direction au 0 826 30 55 00 (coût de l'appel 0,15€/min)
- Je demande l'envoi postal à mon domicile
- Je désigne le Docteur (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques) comme intermédiaire :

Dès réception par la Clinique du présent formulaire dûment rempli et **accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité ou d'un passeport destinée à s'assurer de votre identité et du livret de famille pour les représentants légaux et les ayants droits** (Art 1 - décret du 29.04.02), la préparation des documents sera organisée par la Clinique et l'avis de paiement des photocopies et frais d'envoi vous sera transmis avec la copie du dossier.

Dans tous les cas, la délivrance de photocopies (0,18€ la feuille) et l'envoi postal en recommandé avec accusé de réception (forfait 5€) sont à la charge du demandeur.

Date :

Signature :