

VOTRE DOSSIER MÉDICAL

FORMULAIRE DE DEMANDE

Identité du demandeur :

Je soussigné(e) (prénom, nom de naissance et d'usage) :

Né(e) le : / / Domicilié(e) au :

Agissant en tant que :

Patient Représentant légal de (nom, prénom) :

Ayants droits de (un justificatif notarié doit être fourni) :

Né(e) le : / /

Motif de la demande de communication :

Connaître la cause du décès - Décédé(e) le : / /

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir mes propres droits

Autres, à préciser :

Demande de Communication des documents suivants :

Le compte rendu opératoire

Le dossier médical complet

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) :

Selon les modalités suivantes :

Je choisis la consultation gratuite 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 05 36 280 280

Je demande l'envoi postal à mon domicile

Je désigne le Docteur (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques) comme intermédiaire :

.....

Dans les deux cas (envoi postal à mon domicile ou envoi au médecin), je m'engage à prendre en charge les frais de reproduction et d'expédition. Je réglerai le montant dès réception de la facture. Un devis pourra m'être présenté en amont sur demande.

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.

Fait à, le / /

Signature :