

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION
D'UN DOSSIER PATIENT**

I - Identité du demandeur

Je soussigné(e) Mme/Mlle/M (Nom, Prénom, Nom de jeune fille)

Né(e)le.....

Domicilié(e).....

Agissant en tant que :

- Patient
- Représentant légal (père, mère, tuteur) de: (Nom, Prénom).....
- ayant droit de : (Nom, Prénom, Nom de jeune fille).....
né(e)le.....
- décédé(e) le.....

Motif de la demande de communication (pour les ayants droits).....

II - Demande la communication des documents suivants :

- le compte rendu d'hospitalisation du.....au.....
- autre document, à préciser.....
- le dossier réglementaire.....

*Renseignements facilitant la recherche du dossier : date d'hospitalisation, service(s)
d'hospitalisation nom du (des) médecin(s) responsable(s).....*

III - Selon les modalités suivantes :

Je choisis la consultation du dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier :

Merci de prendre rendez-vous au PMSI ☎ 05 81 14 00 60

Le médecin de l'établissement recommande, s'il le juge nécessaire, la présence d'un accompagnant

de votre choix pour la consultation sur place de votre dossier.

- Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations
- Je désigne le docteur : nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques, comme intermédiaire.....
- Je récupérerai mon dossier à la clinique, pour convenir d'un rendez-vous appelez-moi au n° tel :.....

Dès réception par l'établissement du présent formulaire dûment rempli et accompagné, dans tous les cas, 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 droit (Art 1-décret du 29.04.02), et après un délai de réflexion d'au minimum 48 heures, la préparation et la transmission des photocopies seront organisées.

Date :.../.../....

Signature :.....