

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

**1. IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

Je soussigné(e) Mme / Melle / M (nom, prénom, nom de jeune fille) .....

.....

Né(e) le .....

Domicilié(e) .....

N° de Téléphone (nécessaire pour vous appeler en cas de difficulté) .....

Agissant en qualité de :

Patient

Motif de la demande : .....

.....

Représentant légal (père, mère, tuteur) de : (nom, prénom) : .....

Motif de la demande : .....

.....

Ayant droit de : (nom, prénom, nom de jeune fille) .....

Né(e) le ..... décédé(e) le .....

Pour les ayants droit : motif de la demande de communication :

Connaître les causes de la mort

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir mes droits

**2. INFORMATIONS RELATIVES À L'HOSPITALISATION**

Date/période d'hospitalisation du séjour concerné : .....

Nom du médecin responsable du séjour : .....

**3. Documents souhaités :**

Le ou les comptes rendus

Le dossier intégral

Autre (à préciser) .....

**4. Modalités de communication du dossier médical**

-  Je choisis la consultation du dossier sur place (nous sommes à votre disposition pour toutes questions et/ou accompagnement pour la consultation de votre dossier et répondre à toutes vos interrogations médicales, paramédicales & administratives vous serez contacté par téléphone pour organiser un rendez-vous si vous le souhaitez)

Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations.

**Le présent formulaire, dûment rempli et signé, doit impérativement être accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité valide du demandeur ainsi que :**

- Pour les représentants légaux d'un mineur : une photocopie de tout document attestant leur autorité parentale (livret de famille, jugement, etc.) ;
- Pour les représentants légaux d'un majeur sous tutelle : une copie du jugement leur confiant la tutelle ;
- Pour les ayants droit d'un patient décédé : une photocopie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient.
- Un règlement vous sera demandé pour l'envoi du dossier (envoi en lettre recommandée avec accusé réception)

Dès réception de votre demande et des pièces justificatives, la préparation des documents sera organisée.

Délivrance dans les 8 jours pour un dossier datant de moins de 5 ans. Ce délai est porté à 2 mois pour un séjour de plus de 5 ans. **Les documents seront envoyés par courrier recommandé avec accusé de réception**

Date :

Signature :

Le présent document complété et les pièces justificatives sont à adresser à :

Madame DALLMAYR Gaëlle Technicienne Informations Médicales – CLINIQUE SAINTE ANNE – 19 Route de Brannens – 33210 LANGON

Réception le :

Dossier de demande complet : oui / non

Si non, Date de réception de la demande complète :

Date de la relance :

Dossier médical envoyé le :