

IDENTITE DU PATIENTM. / Mme (NOM, Prénom)

Né (e) le : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

QUALITE DU DEMANDEUR si différent du patientPère¹ Mère¹ (si patient mineur), tuteur², mandataire³
(Rayez la mention inutile)M. / Mme (NOM, Prénom)

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Souhaite avoir communication des pièces versées au dossier médical

Concernant :

- L'ensemble du dossier médical
 L'hospitalisation du __/__/__ au __/__/__

Les pièces du dossier décrites ci-après :

- 1/ _____
2/ _____
3/ _____

Selon les modalités suivantes :

- Consultation sur place à la clinique (dans ce cas, consultation simple sans communication d'élément du dossier)
 Envoi recommandé avec accusé de réception
 Envoi postal à un médecin désigné par mes soins (Préciser ses coordonnées)

La copie du dossier médical et l'envoi postal recommandé avec accusé de réception seront facturés.



Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations

- J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs, etc....)
- Des difficultés d'interprétation de ces informations sont possibles.

Ce formulaire est à retourner à l'établissement accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Joindre une copie de la pièce d'identité au nom du patient (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur/représentant légal/mandataire, auxquelles s'ajouteront le cas échéant :

- ¹ Si le demandeur est le père ou la mère : joindre une copie du livret de famille
- ² Si le demandeur est le tuteur : joindre la copie du jugement de tutelle
- ³ Si le demandeur est un mandataire : joindre un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical

Fait à _____ Le _____

Signature :