

## I - Identité du demandeur

Je soussigné(e):

**NOM** \* : ..... **PRENOM**\* : ..... **NOM DE NAISSANCE**\* : .....

**Né(e) le** : ..... N° de Téléphone : .....

Domicilié(e) : .....

Agissant en tant que :

- Patient
  - Représentant légal
  - Ayant droit
- } **de (nom, nom de naissance, prénom) \***: .....

} **né(e) le \***: .....

Le cas échéant : 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 .....
- Les dossiers complets correspondants au(x) séjour(s) :
  - du ..... au .....
  - du ..... au .....
- Autres documents (préciser) : .....

## III - Selon les modalités suivantes (cocher la case)

- Je choisis la consultation du dossier sur place.
- Je souhaite la présence d'un médecin de l'établissement.
- Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations.
- Je viendrai retirer mon dossier à l'accueil après avoir été avisé(e) par téléphone.
- Je désigne le docteur (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques, comme intermédiaire) :  
.....
- Je mandate ..... en qualité de ..... pour recevoir les pièces du dossier en toute connaissance du caractère personnel des informations médicales qu'il contient.

## IV – Pièces à fournir

Dès réception par la Clinique du présent formulaire dûment rempli et accompagné :

- de la photocopie d'une pièce d'identité (recto/verso) ou d'un passeport destiné à s'assurer de votre identité
- du livret de famille **pour les représentants légaux et les ayants droit** (Art 1- décret du 29.04.02) e
- de la décision du Juge des Tutelles **pour les patients sous tutelle**
- d'un chèque bancaire de 7 euros,

la préparation des documents sera organisée par l'établissement dans les délais légaux.

Date : / /

Signature du demandeur :

**(\*) DONNEES OBLIGATOIRES**