

FORMULAIRE - DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL

à adresser au Secrétariat de direction
Pôle Santé ORELIANCE 555 avenue Jacqueline Auriol – 45770 Saran

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) :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> personnel | <input type="checkbox"/> suites juridiques | <input type="checkbox"/> droits à faire valoir |
| <input type="checkbox"/> manque d'information | <input type="checkbox"/> expertise médicale | <input type="checkbox"/> suites à un décès |
| <input type="checkbox"/> suivi médical | <input type="checkbox"/> démarches administratives | <input type="checkbox"/> autre |

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) :
.....

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 à l'ordre du Pôle Santé Oréliance,

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

(*) DONNEES OBLIGATOIRES

Date : / /

Signature du demandeur :