

FORMULAIRE DE DEMANDE
DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL
A retourner à l'établissement accompagné des pièces jointes précisées au point ►

Souhaite avoir communication des pièces versées au dossier médical établi par la CLINIQUE SAINT LOUIS – 1, rue Basset à Poissy (78300)

A mon nom (*) Au nom de mon fils ma fille (*)

La personne dont je suis le représentant légal (*) La personne décédée dont Je suis l'ayant droit (*)

Du patient m'ayant désigné comme intermédiaire dans cette communication (*)

(*) Nom prénom _____

né(e) le _____ à _____

Qui sera communiqué par

Mme Mr _____ (Directeur de l'établissement)

Le Docteur _____ (Médecin ayant pris en charge le patient)

Le Docteur _____ (Médecin désigné à cet effet par la CME)

concernant

L'ensemble du dossier médical

L'hospitalisation du /___/___/___/___/ au /___/___/___/___/

Les pièces du dossier décrites ci-après :

Selon les modalités suivantes :

Consultation sur place à la clinique

Envoi recommandé avec accusé de réception (**Prestation payante avant envoi**)

Envoi postal à un médecin désigné par mes soins : Dr _____

La facturation sera de 25 € + le tarif de l'envoi en recommandé avec accusé de réception au tarif en vigueur

► - **Documents à joindre à votre demande** : Vous êtes un ayant droit d'une personne décédée, vous devez fournir :

Une copie de votre pièce d'identité – Un document attestant de votre qualité d'ayant droit qui peut être obtenu auprès d'un notaire ou de l'Etat Civil – Un certificat de décès de la personne dont le dossier est demandé – L'exposé des motifs de la demande. Cette demande ne sera accordée que dans trois cas et uniquement si le défunt ne s'y est pas opposé (causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir vos droits)

ATTENTION : 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).

ATTENTION : Des difficultés d'interprétations de ces informations sont possibles. Il est vivement recommandé d'accéder à ces informations à l'occasion d'une consultation médicale que la clinique et les professionnels s'offrent d'organiser. Vous pourrez également profiter de cette consultation en présence d'une tierce personne (entourage, médecin ou milieu associatif) et bénéficier d'un suivi ou soutien psychologique).

Fait à _____ Le _____ Signature _____