

D'après votre demande du ____ / ____ / _____,

Vous souhaitez obtenir des informations sur le dossier médical :

de M / Mme / Melle :
Hospitalisé(e) du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ ou au cours de l'année : _____
Par le Docteur :, spécialité :

<i>A compléter par la Clinique</i>	Demande de votre dossier médical	Demande de dossier médical d'une personne décédée	Demande de dossier médical d'un tiers (mineur ou personne sous tutelle)
Justificatifs à joindre	<input type="checkbox"/> Justificatif d'identité (copie de la carte d'identité)	<input type="checkbox"/> Justificatif d'identité <input type="checkbox"/> Les pièces justifiant de votre qualité d'ayant droit (copie d'extrait d'acte de naissance...) <input type="checkbox"/> Une copie de l'acte de décès du patient	<input type="checkbox"/> Justificatif d'identité <input type="checkbox"/> Copie de livret de famille et/ou copie de l'extrait d'acte de naissance <input type="checkbox"/> Copie de l'ordonnance du Juge des Tutelles



<i>A compléter par le demandeur</i>	Demande de votre dossier médical	Demande de dossier médical d'une personne décédée	Demande de dossier médical d'un tiers (mineur ou personne sous tutelle)
Motif de la demande	/	<input type="checkbox"/> Faire valoir vos droits <input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès du patient <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt	/
Pièces demandées	<input type="checkbox"/> Dossier infirmier <input type="checkbox"/> Résultats d'examens <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire <input type="checkbox"/> Autre :	<i>Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 03/01/07), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus.</i>	<input type="checkbox"/> Dossier infirmier <input type="checkbox"/> Résultats d'examens <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire <input type="checkbox"/> Autre :
Mode de communication souhaitée	<input type="checkbox"/> Consultation du dossier sur place avec accompagnement (gratuit) <input type="checkbox"/> Remise de la copie du dossier à la clinique (coût de la copie) n° de téléphone pour vous joindre : <input type="checkbox"/> Envoi de la copie du dossier en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante (coût de la copie + coût de l'envoi) : Nom et adresse : <input type="checkbox"/> Envoi de la copie du dossier en recommandé avec accusé de réception à un médecin de votre choix (coût de la copie + coût de l'envoi) : Nom et adresse : <i>Docteur</i>		

Le ____ / ____ / _____

Nom et Signature du demandeur :

Formulaire à renvoyer à :

**Clinique Chirurgicale de la Loire - Service PMSI
Rue des Rolletières - BP 50040
49402 SAUMUR CEDEX**