

Objet : demande de dossier médical

Madame, Monsieur

Afin de pouvoir satisfaire votre demande, merci de compléter le **formulaire ci-joint** et de le retourner à la Clinique accompagné des différents justificatifs demandés selon le cas.

Vous devrez notamment préciser :

- les éléments du dossier que vous souhaitez consulter,
- le mode de consultation du dossier qui vous convient : nous vous rappelons que la consultation du dossier sur place est gratuite et vous sera proposée dans le cadre d'un entretien avec un médecin. La remise d'une copie et l'envoi en recommandé vous seront facturés (0.10€ par photocopie + frais d'envoi en recommandé, soit un prix indicatif autour de 10€).

Ce Formulaire est à renvoyer à :

Clinique Chirurgicale de la Loire - Service PMSI
Rue des Rolletières - BP 70016
49401 SAUMUR

A la réception **du formulaire complété et des éléments**, nous pourrons alors donner suite à votre demande.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les plus distinguées.

Le : ____ / ____ / ____

Nom et Signature :

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 :