

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER D'HOSPITALISATION

ENR/DPA/0011 – V3

Je soussigné(e) M / Mme / Mlle demande la communication de mon dossier d'hospitalisation :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : / / à :

Adresse :

Téléphone :

Période(s) d'hospitalisation dans notre établissement : du au

Demande la communication du dossier d'hospitalisation de :

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / à :

Période(s) d'hospitalisation dans notre établissement : du au

J'ai la qualité suivante :

- Titulaire de l'autorité parentale
 Représentant légal d'un majeur sous tutelle
 Ayant droit d'une personne décédée,

Dans ce cas, précisez votre lien de parenté :

Demande la communication des documents suivants : (cochez la case correspondante)

- Ensemble des pièces du dossier d'hospitalisation
 Compte-rendu d'hospitalisation
 Compte-rendu des examens complémentaires, précisez lesquels :
.....
 Autres documents, à préciser :
.....

Et souhaite : (cochez la case correspondante)

- Consulter ce dossier sur place. La clinique vous contactera pour fixer un rendez-vous :
Si oui, désirez-vous : Etre accompagné par un médecin de l'établissement.
 Retirer une copie des documents qui vous seront présentés.
 Qu'une copie de ce dossier me soit adressée à l'adresse suivante :
.....
 Qu'une copie de ce dossier soit adressée à un médecin désigné par mes soins, précisez son nom et
son adresse :
.....

☞ Joindre IMPERATIVEMENT votre règlement de 35,00 € à l'ordre de H.P.S.S.D.

Motif de la demande (pour le dossier d'un patient décédé) :

- Connaître les causes du décès Défendre la mémoire du défunt Faire valoir mes droits

Fait à

Le

Signature du demandeur :

Signature du mineur (le cas échéant) :

Formulaire à nous retourner, accompagné des pièces mentionnées Page 1.

Sans retour de ce formulaire au-delà de 3 mois, votre demande sera considérée comme sans suite et donc archivée.