



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e) Mme / M (NOM, Prénom) : .....

Né(e) le : ..... à (Ville – Dépt) : .....

Téléphone : .....

### Souhaite avoir accès :

A mon propre dossier médical

➔ Joindre à ma demande une copie de ma carte d'identité

Au dossier médical de mon enfant ou de la personne dont je suis le représentant légal

Nom, Prénom du patient : .....

Né(e) le : ..... à (Ville, Dépt) : .....

➔ Joindre à ma demande une copie de ma carte d'identité, ainsi qu'une copie du livret de famille ou attestation de filiation

Au dossier médical d'un proche décédé dont je suis l'ayant droit

#### Motif de la requête :

➤ Connaître les causes du décès

➤ Défendre la mémoire du défunt

Précisez : .....

➤ Faire valoir vos droits en tant qu'ayant droit

Précisez : .....

➔ Joindre à ma demande une copie de ma carte d'identité, ainsi qu'une copie du livret de famille pour le conjoint marié et les enfants ou acte notarié (pour les héritiers du défunt)

### Communication du dossier médical :

De mon hospitalisation du ..... au .....

Des pièces de mon dossier décrites ci-après (ex : compte rendu opératoire, consultation) :

.....  
.....

### Selon les modalités suivantes :

Consultation sur place à la clinique

Envoi postal :  Simple  En recommandé avec accusé de réception

A l'adresse suivante :

.....  
.....

Envoi postal à un médecin désigné par mes soins

Préciser ses coordonnées : .....

.....

**La facturation exacte sera de 0,20 € par photocopie et frais réels pour l'envoi postal.**

**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, etc).

**ATTENTION :** Des difficultés d'interprétation 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 :