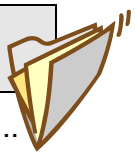
Clinique Saint Charles
11 boulevard René Levesque – BP 50669
85016 LA ROCHE SUR YON Cedex

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
Nom, Prénom du patient : .....
Né(e) le : ..... à (Ville, Dépt) : .....
<u>Motif de la requête</u> :
- ➢ 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 : .....
.....

***<u>ATTENTION</u>** : 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).*
***<u>ATTENTION</u>** : 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 :**