

**Demande de communication de documents médicaux
ou d'un dossier médical personnel**

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR : NOM : Prénom : NOM de naissance : Date de naissance : __ / __ / ____ Adresse : Téléphone : Mail :	VOUS ETES : <input type="checkbox"/> La personne concernée par le dossier médical <input type="checkbox"/> L'ayant droit en cas de décès de la personne <input type="checkbox"/> La personne ayant l'autorité parentale <input type="checkbox"/> Le tuteur légal
Numéro de sécurité sociale du patient concerné :	

➤ **Si vous n'êtes pas la personne concernée par le dossier médical, vous désirez accéder aux informations issues du dossier médical de :**

- NOM : Prénom :
- NOM de naissance :
- Date de naissance : __ / __ / ____

➤ **Date de l'hospitalisation : __ / __ / ____**

➤ **Nom du chirurgien :**

➤ **Quels éléments du dossier souhaitez-vous :**

- Intégralité du dossier médical
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Autres documents précisés ci-dessous :

.....
.....
.....

➤ **Quelles sont les modalités de communication du dossier médical choisies :**

- Envoi postal au demandeur en L.R.A.R
 - Envoi postal au Docteur NOM : Prénom :
- Adresse :

- A consulter sur place à l'établissement (sur RDV uniquement).
Dans ce cas je souhaite être accompagné d'un médecin : Oui Non

 **Suite au verso**

Liste des pièces à joindre au présent document :

- **Dans tous les cas, vous devez rejoindre à votre demande :**
 - La photocopie de la carte d'identité du demandeur
 - Si le demandeur n'est pas le patient, un document attestant du lien de parenté avec celui-ci ou un jugement de tutelle
- **En fonction de votre situation, joignez également :**
 - **Si vous êtes l'ayant droit d'une personne décédée**
 - Un acte de décès
 - Un courrier justifiant le motif de votre demande
 - **Si vous êtes la personne ayant l'autorité parentale ou le tuteur légal :**
 - Joignez une AUTORISATION ECRITE du mineur ou du majeur protégé qui stipulera
 - Son accord
 - S'il désire la présence ou non d'un médecin lors de la communication des informations issues de son dossier médical

Le demandeur est informé

- Qu'il aura à supporter l'ensemble des frais liés aux procédures de recherche, de photocopies, de reprographies et de communication de ce dossier médical d'un montant forfaitaire de 12,00€ (chèque à l'ordre de la CLINIQUE HERBERT).
- Que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux)

Le

Signature du demandeur (obligatoire)

*Ce formulaire doit être retourné par **voie postale**, complété, daté, signé et accompagné du chèque à l'adresse suivante :*

**CLINIQUE HERBERT
19 chemin de Saint-Pôl
73100 Aix-les-Bains**