

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER D'HOSPITALISATION

Identité du demandeur :

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ N° téléphone : _____

Pièces à fournir :

- Copie de la carte d'identité recto/verso ou copie du passeport

Hospitalisation(s) concernée(s) : (fournir un maximum de détails : date d'hospitalisation, médecin...)

Nature de la demande :

Cochez une case et précisez s'il y a lieu

- ☐ L'ensemble du dossier
☐ Compte rendu d'hospitalisation
☐ Autre(s) partie(s) : _____

Modalités de communication et coûts :

Cochez une case et précisez s'il y a lieu :

- ☐ Consultation sur place (du Lundi au Vendredi) : gratuit
☐ Reproduction des documents et envoi en recommandé avec AR ou récupération du dossier à la clinique. Frais à ma charge. (0.18€ / copie)
☐ Envoi à un médecin désigné, lequel : (précisez le nom et l'adresse)

Après traitement de la demande, nous vous informerons du montant du coût de reproduction et d'envoi.

Nous vous rappelons les précautions à prendre s'agissant du respect du caractère strictement personnel des informations contenues dans votre dossier et notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur ...)

Nous vous recommandons également un accompagnement médical dans la lecture de votre dossier du fait des difficultés possibles d'interprétation des informations.

Fait à _____, le _____
Signature du demandeur