

**Document à retourner à l'adresse suivante :**  
Secrétariat de direction - Santé Atlantique – avenue Claude Bernard – 44819 SAINT HERBLAIN CEDEX

### 1 - Demandeur

#### Je soussigné(e)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Né(e) le : .....

Domicilié(e) : ..... CP : ..... Ville : .....

☎ fixe : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      ☎ portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### Agissant en tant que mandataire de :

Nom et prénom du patient : .....

Né(e) le : |\_|\_|\_|\_|      Décédé(e) le : |\_|\_|\_|\_| .....

#### Demande la communication des documents médicaux suivants :

- L'intégralité du dossier médical
- Le compte-rendu d'hospitalisation et le compte-rendu opératoire
- Autre partie du dossier ou documents particuliers, à préciser :

.....

#### Motif de la demande (facultatif) :

.....

### 2 - Renseignements pour la recherche du dossier

Dates d'hospitalisation : du |\_|\_|\_|\_| au |\_|\_|\_|\_| N° de dossier : .....

Service d'hospitalisation : ..... Nom du médecin : .....

### 3 - Modalités (Veuillez cocher une seule case)

- Remise en main propre
- Envoi postal à mon domicile (lettre recommandée avec AR)

#### Pièce(s) justificative(s) à fournir avec votre demande :

- Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport).
- Copie du mandat.

Je déclare avoir été informé(e) que les frais de copie et d'envoi en recommandé donnent lieu à facturation (0,15€ par copie et coût du recommandé selon tarif en vigueur). Je m'engage à m'acquitter de cette somme dès réception de la facture.

Date |\_|\_|\_|\_|

Signature du demandeur

**Nous vous rappelons le caractère strictement personnel et confidentiel des informations médicales contenues dans le dossier de votre mandant.**