

 Les dossiers de consultations sont à demander directement au praticien

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 : |_|_|_|_|_|_|_|

demande la communication des documents médicaux suivants :

- L'intégralité du dossier médical d'hospitalisation
- 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 (*Veillez cocher une seule case*)

- Remise en main propre
- Consultation sur place à Santé Atlantique
- Consultation sur place à Santé Atlantique avec un médecin que je désigne : Docteur
- Consultation sur place à Santé Atlantique avec une tierce personne de mon choix
- Envoi postal à mon domicile (lettre recommandée avec AR)
- Envoi postal au médecin suivant : Nom et prénom :

Adresse :

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

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

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