

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 représentant légal de :

Nom et prénom du patient :

Né(e) le : |_|_|_|_| lien de parenté :

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
- Consultation sur place à Santé Atlantique
- Envoi postal à mon domicile (lettre recommandée avec AR)

Uniquement pour les titulaires de l'autorité parentale :

- 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

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 livret de famille justifiant de votre lien de parenté.
- Décision établissant le statut de représentant légal (jugement de tutelle).

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