

! Les dossiers de consultations sont à demander directement au praticien

Vous souhaitez accéder à **votre dossier médical d'hospitalisation** ou à celui de la personne suivante :

- **Un enfant mineur** (si vous êtes son représentant légal)
- **Un majeur placé sous tutelle** (si vous êtes son tuteur)
- **Un patient décédé** (si vous êtes ayant-droit)
- **Un patient** (si vous êtes mandaté par celui-ci)

Veuillez compléter ce formulaire et l'envoyer à l'adresse suivante, accompagné des pièces justificatives mentionnées ci-dessous

Secrétariat de Direction - SANTE ATLANTIQUE
Avenue Claude Bernard
44819 SAINT HERBLAIN CEDEX
Ou par mail : reclamations.pca@elsan.care

Votre identité (demandeur)

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Né(e) le :

Domicilié(e) : CP : Ville :

☎ Fixe : |__|__|__|__|__| ☎ Portable : |__|__|__|__|__| Mail :

Identité du patient concerné par la demande (si différent du demandeur)

Nom : Prénom :

Né(e) le : Décédé(e) le : Lien de parenté :

Pièces justificatives à fournir

| Vous êtes | Pièces à fournir |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Le patient lui-même | → Copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité (ou passeport) |
| <input type="checkbox"/> L'ayant-droit de la personne décédée Mention obligatoire à cocher : <input type="radio"/> Connaître la cause du décès <input type="radio"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="radio"/> Faire valoir un droit Précisez le motif de votre demande : <i>Conformément à législation, les documents médicaux transmis seront sélectionnés en lien avec le motif précité</i> | → Copie recto-verso de votre pièce d'identité → Copie intégrale du livret de famille ou d'un acte notarié justifiant le lien de parenté → Copie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé dans notre établissement) Si concubin(e) : → Copie du PACS ou certificat de concubinage |
| <input type="checkbox"/> Le tuteur de majeur placé sous tutelle | → Copie recto-verso de votre pièce d'identité → Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient sous tutelle → Copie de l'ordonnance du juge des tutelles |
| <input type="checkbox"/> Le représentant légal du mineur | → Copie recto-verso de votre pièce d'identité → Copie intégrale du livret de famille → En cas de séparation ou divorce, jugement confirmant l'exercice de l'autorité parentale |
| <input type="checkbox"/> La personne mandatée par le patient | → Copie recto-verso de votre pièce d'identité → Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient → Copie du mandat |

Tournez la page SVP ➡

Pièces du dossier médical souhaitées

- 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) :

Périodes et services

| Dates d'hospitalisation | Services d'hospitalisation | Nom du médecin |
|-------------------------|----------------------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Modalités de communication

(Veuillez cocher une seule case)

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

Nom et prénom :

Adresse :

TARIFS : **J'ai pris note que la reproduction de documents déjà transmis est payante**

Veuillez cocher d'une des deux formules suivantes :

1^{ère} DEMANDE

Gratuite

2^{ème} DEMANDE : en cas de demande de documents déjà transmise une première fois

Les frais de copie (0,15€ par copie) et d'envoi en recommandé (selon tarif en vigueur) donnent lieu à facturation.