

DEMANDE DE TRANSMISSION
DU DOSSIER PATIENT

Je soussigné(e) M, Mme Né(e) le : ____ / ____ / ____
Demeurant :

Téléphone :

Le cas échéant : père, mère, représentant légal, mandataire ou ayant droit de (nom, prénom, date de naissance du patient).....

Souhaite obtenir communication des documents suivants :

- L'envoi de la totalité du dossier médical
- L'envoi des pièces médicales suivantes :
- L'envoi du compte rendu opératoire du (date).....
ou
- La consultation du dossier médical à la Clinique Du Parc
- Et être accompagné(e) d'une tierce personne

Selon les modalités suivantes :

- L'envoi postal en accusé de réception à mon domicile (1)
- L'envoi postal en accusé de réception au Docteur (1)
(Nom, prénom, adresse).....
- Récupérer en main propre la copie de mon dossier médical à la Clinique du Parc. (2)

Hospitalisation :

Période du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____
Par le Docteur

Je joins les documents suivants prouvant mon identité :

- Photocopie carte identité recto verso ou photocopie passeport

Si vous n'êtes pas le patient pour lequel la demande est faite : il faudra justifier de votre statut, soit de parent (livret de famille), soit de tuteur (pièce justifiant la qualité de tuteur), soit d'ayant droit (acte officiel justifiant de la qualité d'ayant droit), soit de médecin (photocopie du bulletin d'inscription de l'année en cours à l'ordre des médecins (recto/verso) pour le médecin désigné par le demandeur.

Ci-joint également le règlement de (tarif pour un séjour):

- (1) 20€ pour l'envoi du dossier médical et frais de copies
- (2) 7 € pour les frais de copies

Fait à Saint Priest-en-Jarez, le ____ / ____ /

Signature :