

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS
MEDICAUX (Article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique)**

PATIENT

Je, soussigné.e,

Nom d'usage :	Prénom :
Nom de naissance :	Date de naissance :
Adresse postale :	Adresse mail :
Numéro de sécurité sociale :	Numéro de téléphone :

DOCUMENTS DEMANDES

- ☐ Le dossier complet d'hospitalisation (dates de l'hospitalisation, étage d'hospitalisation, n° de dossier) :
- ☐ Le compte rendu opératoire du (date)
- ☐ Autres documents :

MODE D'ENVOI

- ☐ Remis en main propre à la clinique
- ☐ Envoi postal à mon domicile par LRAR
- ☐ Envoi postal au Docteur (précisez le nom, prénom, adresse):
.....
.....
.....
- ☐ Envoi par messagerie sécurisée uniquement si vous demandez un seul document comme un compte-rendu opératoire

La première demande de dossier médicale est gratuite.

Motif de la demande :

Formulaire à envoyer en LRAR à l'attention de « *La Direction, Clinique du Parc Lyon, 155 Bd Stalingrad, 69006 LYON* » ou à l'adresse mail cly.direction@elsan.care

Accompagné de :

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

Date :

Signature :