

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MÉDICAL

(Article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique)

COORDONNÉES DU PATIENT

Je soussigné.e,

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

SÉJOURS DEMANDÉS

Seule une **copie du dossier complet d'hospitalisation** peut vous être remise.

Pour ce faire, veuillez nous préciser :

- ☐ Période(s) d'hospitalisation :
- ☐ Par le Dr
☐ N° dossier(s) ou N° IPP/INS :

COMMUNICATION DU DOSSIER

La délivrance de ces documents est soumise à des frais de déstockage et d'affranchissement (Recommandé avec Accusé de Réception) restant à votre charge pour un forfait de 23€ TTC/ séjour.

Aréception de **votre règlement** (par chèque/espèces sur place/en ligne au 05.53.69.29.58) et de la **copie de votre pièce d'identité** (dispositions du décret 2002-637 du 29 avril 2002 relatives à la confirmation d'identité) **nous vous adresserons la copie des pièces règlementaires de votre dossier médical.**

Formulaire à adresser à : Secrétariat de direction, Clinique Esquirol Saint Hilaire et Calabet, 1 rue du Docteur et Madame Delmas, 47000 Agen ou par mail à : esq.secdirection@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, en plus de votre identité, 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).

Date :

Signature :