

Formulaire de communication de dossier médical

Ce formulaire, dûment complété et accompagné des justificatifs, est à transmettre par courrier au secrétariat de direction (adresse au dos en bas de page), à l'accueil de la clinique ou par email à secretariatbloc.cpo@sa3h.fr

1 - LE PATIENT

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Téléphone : Email :

2 - LE DEMANDEUR

Je suis le patient et le demandeur : je souhaite avoir accès à mon propre dossier médical
(passez à l'étape 3 : motif de la demande)

Je suis le représentant du patient, en ma qualité de :

Représentant légal du mineur

Représentant légal du patient sous mesure de protection juridique (tutelle, habilitation)

Représentant légal du patient décédé dont je suis l'ayant-droit

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Téléphone : Email :

3 - MOTIF DE LA DEMANDE

Suivi médical Dossier d'assurance Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt, précisez :

Faire valoir vos droits en tant qu'ayant-droit, précisez :

Autre, précisez :

TRANSMISSION DES DOCUMENTS

- Compte-rendu opératoire Lettre de liaison (compte-rendu d'hospitalisation)
 Références du matériel médical implanté Dossier médical dans son intégralité
 Autres documents (précisez):

Séjour du / / avec le Docteur

Séjour du / / avec le Docteur

Séjour du / / avec le Docteur

Séjour du / / avec le Docteur

Selon les modalités suivantes :

- Remise en mains propres à la Clinique Chirurgicale Porte Océane
 avec accompagnement d'un professionnel de santé sans accompagnement spécifique
 Consultation sur place avec accompagnement
 Envoi postal avec accusé de réception à l'adresse du demandeur :
.....
 Envoi postal au médecin désigné (nom, prénom, adresse) :
.....

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Dans tous les cas : •▶ **pièce d'identité** du patient et du demandeur

- ▶ Patient mineur : **document attestant de l'autorité parentale** (livret de famille, jugement)
- ▶ Personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tutelle/habilitation familiale) : **copie du jugement**
- ▶ Mandataire : **mandat** sur papier libre + **pièce d'identité** du mandataire



Les éventuels frais de copie et d'envoi en recommandé avec accusé de réception sont facturables conformément à la réglementation.

L'envoi de documents médicaux par voie électronique n'est pas proposé pour des raisons de sécurité.

Date et signature :