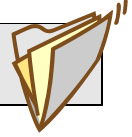


## FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL



Je soussigné(e) Mme / Melle / M (NOM, Prénom) : .....

Né(e) le : ..... à (Ville – Dépt) : .....

Téléphone : ..... mail : .....

### Souhaite avoir accès :

A mon propre dossier médical

➔ Joindre à ma demande une copie de ma carte d'identité

Au dossier médical de mon enfant ou de la personne dont je suis le représentant légal

Nom, Prénom du patient : .....

Né(e) le : ..... à (Ville, Dépt) : .....

➔ Joindre à ma demande une copie de ma carte d'identité, ainsi qu'une copie du livret de famille ou attestation de filiation

Au dossier médical d'un proche décédé dont je suis l'ayant droit

Nom, Prénom du patient : .....

Né(e) le : ..... à (Ville, Dépt) : .....

➔ Joindre à ma demande une copie de ma carte d'identité, ainsi qu'une copie du livret de famille ou attestation de filiation

### Motif de la requête :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt, précisez : .....

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

➔ Joindre à ma demande une copie de ma carte d'identité, ainsi qu'une copie du livret de famille pour le conjoint marié et les enfants ou acte notarié (pour les héritiers du défunt)

### Communication du dossier médical :

du dossier complet

uniquement des pièces décrites ci-après (ex : compte rendu opératoire, consultation) :

Concernant :

l'hospitalisation du ..... au .....

☞ Nom du médecin : .....

l'hospitalisation du ..... au .....

☞ Nom du médecin : .....

l'hospitalisation du ..... au .....

☞ Nom du médecin : .....

l'hospitalisation du ..... au .....

↳ Nom du médecin : .....

**Selon les modalités suivantes :**

Consultation sur place à la clinique avec accompagnement

Remise en mains propres à la clinique

Envoi postal en recommandé avec accusé de réception

A l'adresse suivante :

.....  
.....

Envoi postal en recommandé avec accusé de réception à un médecin désigné par mes soins

Préciser ses coordonnées : .....  
.....

**Les coûts de reproduction et éventuellement d'envoi postal sont à la charge du demandeur.**

**ATTENTION** : Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs, etc).

**ATTENTION** : Des difficultés d'interprétation de ces informations sont possibles.  
Il est vivement recommandé d'accéder à ces informations à l'occasion d'une consultation médicale que la clinique et les professionnels s'offrent d'organiser.  
Vous pourrez également profiter de cette consultation en présence d'une tierce personne (entourage, médecin ou milieu associatif) et bénéficier d'un suivi ou soutien psychologique.

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

**Formulaire à transmettre à la Clinique :**

**Clinique Chirurgicale Porte Océane  
Rue Jacques Monod  
85101 LES SABLES D'OLONNE Cedex**

**Mail : [secretariatbloc.cpo@sa3h.fr](mailto:secretariatbloc.cpo@sa3h.fr)**

**Téléphone : 02 51 21 78 32**