



4 rue Eric Tabarly - 44277 Nantes cedex2  
Tel : 0 228 255 000

**Date de réception du formulaire**  
(Mention à compléter par la clinique)

## FORMULAIRE de COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL A UN AYANT DROIT

Je, soussigné(e), M / Mme / Mlle (nom, prénom - pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille) .....

Né(e) le.....Tél :.....

### **Demande à obtenir communication de documents médicaux au nom de :**

Nom et prénom du patient : .....

Né(é) le : .....

Lien de parenté : .....

Date de l'hospitalisation : .....

Service d'hospitalisation : .....

Motif de la demande (à renseigner obligatoirement) : .....

Conformément à la législation, le médecin responsable du dossier médical se chargera de sélectionner les documents médicaux qui vous seront transmis, ceux-ci devant être en lien avec le motif pré-cité.

### **Mode de communication du dossier :**

Consultation sur place à la clinique

Envoi postal à mon domicile

Adresse : .....

Je déclare avoir été informé(e) que les frais de copie et d'envoi en recommandé donnent lieu à facturation (forfait de 3€ par envoi, 0.18€ par copie et coût du recommandé selon tarif en vigueur). Je m'engage à m'acquitter de cette somme dès réception de la facture.

Date :

Signature du demandeur :

⇒ Pièces justificatives à fournir avec votre demande :

Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduite, passeport)

Copie du livret de famille justifiant de votre lien de parenté

Attestation de concubinage notoire

Attestation du pacte civil de solidarité

**\*NB : Les informations contenues dans le dossier médical, ont un caractère strictement personnel et nul ne peut exiger que vous les leur communiquiez (famille, assureur, banquier, employeur...)**