



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 DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

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 la copie des documents suivants :

- Le compte rendu de l'hospitalisation
- Intégralité du dossier médical
- Partie du dossier et documents particuliers à préciser :

.....

Date de l'hospitalisation :

Service d'hospitalisation :

N° d'identification :

Mode de communication du dossier :

- Consultation sur place à la clinique
- Consultation sur place avec un médecin que je désigne : Docteur
- Consultation sur place avec une tierce personne de mon choix
- Envoi postal à mon domicile

Adresse :

- Envoi postal à mon médecin traitant

Nom :

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 :

⇒ Pièce justificative à fournir avec votre demande :

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

***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...)**