



CLINIQUE
DES PORTES
DE L'ÈURE

Demande de communication de documents médicaux par le patient, son représentant légal, son mandataire

Identité du patient

Mr/Mme (nom, prénoms ; pour les femmes mariées, préciser le nom de jeune fille)

Né(e) le _____ Tél _____

Courriel _____ @ _____

Adresse postale _____

Qualité du demandeur si différent du patient : père – mère (si patient mineur)¹, tuteur², mandataire³
(rayez la mention inutile)

M./Mme. (nom, prénoms) _____

Adresse _____

Demande à obtenir la communication :

D'une partie des pièces communicables de mon dossier, précisez :

Document(s) : _____

Service(s) Concerné(s) : _____

Dates du séjour : _____

De l'ensemble des pièces communicables de mon dossier pour la période du _____ au _____

Selon les modalités suivantes :

Conformément à l'article 1111-7 du Code de Santé Publique, les frais de reproduction et d'envoi des documents vous seront facturés.

Envoi postal en recommandé à l'adresse du demandeur

Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) _____

Remise de copies en mains propres à la clinique

Consultation sur place

A Vernon, le :

Signature du demandeur :

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE :

Joindre une copie d'une pièce d'identité au nom du patient (sauf pour les mineurs) et au nom du demandeur/représentant légal/mandataire, auxquelles s'ajouteront le cas échéant :

1 : La copie du livret de famille

2 : La copie du jugement de tutelle

3 : Un mandat écrit mentionnant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical