

Madame, Monsieur,

Vous contactez la clinique Pasteur dans le cadre d'une demande de dossier médical. Merci de bien vouloir compléter, signer et nous retourner le formulaire suivant. Dès réception, nous vous communiquerons une facture correspondante aux frais des copies et de l'envoi par recommandé (le cas échéant).

IDENTITE DU DEMANDEUR

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

Né(e) le : à :

Domicilié(e) à : Adresse :

C.P / Ville :

Téléphone :

• Lien avec le dossier demandé

Patient

Père, mère, tuteur

Ayant droit (les ayants droit sont les ascendants, les descendants, le conjoint, concubin (notoire) ou personne ayant conclu un PACS avec le défunt)

• Justificatif à joindre à la demande (pour des raisons de confidentialité) :

Une pièce justifiant votre lien avec le dossier demandé (Copie de la carte d'identité ou copie du livret de famille)

En tant qu'ayant droit : un document attestant de votre qualité d'ayant droit et un certificat de décès de la personne dont le dossier est demandé

DOSSIER DEMANDE

• **Motif de la demande** :

• Personne concernée si différente du demandeur :

Nom et prénom du patient : Date de naissance :

Date (année, mois) d'hospitalisation :

Nom du médecin responsable :

• Pièce(s) du dossier médical souhaitée(s) :

Dossier médical en totalité

Une partie du dossier, à préciser :

.....
.....
.....

MODE DE COMMUNICATION DU DOSSIER

Consultation sur place

Consultation sur place avec un médecin (préciser le nom) :

Copies remises en mains propres les frais de copie seront à votre charge soit (Afin de prendre rendez-vous, veuillez nous contacter au préalable au 05.46.22.23.49)

Copies envoyées en recommandé les frais de copie et d'envoi seront à votre charge

Date de la demande :/...../.....

Signature du demandeur :