



Renseignements concernant LE PATIENT

Nom & Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse :
N° de téléphone :

Renseignement concernant LE DEMANDEUR du dossier

Le demandeur du dossier est :

- Le patient
- Détenteur de l'autorité parentale
- Ayant droit du patient (ascendant, descendant, conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS, bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie). Dans ce cas, précisez les motifs de la demande :
- Connaître les causes du décès
 - Défendre la mémoire du défunt
 - Faire valoir vos propres droits

Si le demandeur n'est pas le patient, indiquez son identité :

Nom & Prénom :
Adresse :
N° de téléphone :

Documents à nous faire parvenir

- Patient : Pièce d'identité recto/verso
- Détenteur de l'autorité parentale : Pièce d'identité recto/verso + Livret de famille pour les parents mariés OU ordonnance, jugement ou arrêt rendu pour les parents divorcés ou séparés de corps
- Ayant droit : Pièce d'identité recto/verso + Livret de famille + Acte de notoriété obtenu auprès d'un notaire ou de l'état civil

Indiquez le nom du médecin qui vous suivait :

Documents demandés

- Dossier de consultation médicale
- Dossiers d'hospitalisation pour l'ensemble des séjours réalisés dans la clinique
- Dossier d'hospitalisation relatif à une hospitalisation dans la clinique. Date du séjour :

Dans ce (ces) dossier(s), vous souhaitez avoir accès :

- Au dossier complet
- Au compte-rendu opératoire
- Aux résultats d'examens
- Autre :



Modalités de communication

Envoi par lettre recommandée avec accusé de réception

A votre adresse personnelle

A l'adresse du médecin de votre choix

Nom :

Adresse :

Consultation sur place (vous pouvez vous faire accompagner d'une personne de votre choix ; si vous ne pouvez venir, vous pouvez désigner un médecin pour le faire à votre place)

Vous venez sur place récupérer la copie de votre dossier

Facturation

Toute reproduction du dossier vous sera facturée conformément au Code de la Santé Publique (art 1111-7). Trois forfaits ont été fixés par l'établissement. Un chèque doit être adressé lors de l'envoi du formulaire à l'ordre suivant : Clinique du Fief de Grimoire

➤ 10 euros : copie et envoi du dossier de consultation médicale

➤ 20 euros : copie et envoi d'un ou plusieurs dossiers d'hospitalisation (et de consultation le cas échéant)

➤ 5 euros : copie du dossier de consultation médicale récupérée à la clinique

➤ 15 euros : copie d'un ou plusieurs dossiers d'hospitalisation (et de consultation le cas échéant) récupérée à la clinique

Délai d'accès aux informations

La communication de votre dossier sera effectuée sous 8 jours ouvrés pour les documents de moins de cinq ans et sous deux mois dans les autres cas à réception du formulaire complété, des pièces justificatives demandées et du chèque.

Ces documents sont à renvoyer à :

M. le Directeur – Clinique du Fief de Grimoire
38 rue du Fief de Grimoire
86000 Poitiers

Signature du demandeur

Date :

Signature :

Cadre réservé à l'administration

Accord de transmission de la copie du dossier

Signature du médecin responsable de la prise en charge du patient ou du représentant de la CME :

En cas de consultation sur place, recommandez-vous la présence d'un médecin :