

Demande de Communication du Dossier Médical (ayant-droit)

(Article L.1111-7. Du Code de la Santé Publique)

*NB : Les ayant-droits n'ont accès qu'aux seules informations nécessaires à l'objectif qu'ils poursuivent.
Il ne peut y avoir de communication intégrale du dossier médical.*

Je soussigné(e) (NOM/Prénom)
Né(e) le à
Adresse
Téléphone : Courriel :@.....

Demander la communication du dossier médical à Monsieur le Directeur de la Clinique :

Espérance Plein Ciel Saint Basile

Patient concerné :

NOM/Prénom :
Né(e) le à

Lien de parenté avec le défunt :

Date(s) du séjour :
Médecin responsable du séjour :

Pour le motif suivant :

Connaître les causes du décès
Défendre la mémoire du défunt
Faire valoir mes droits

Je souhaite (cochez la case correspondante) :

- Recevoir les copies du dossier médical, en lien avec ma demande, par courrier recommandé à mon adresse personnelle. J'accepte les frais inhérents à ma demande (tarif postal + 0.18€/page copiée).
- Consulter le dossier médical sur place

Afin que ma demande soit complète, je joins à celle-ci :

- Copie RECTO/VERSO de ma pièce d'identité en cours de validité.
 Copie du livret de famille
 Acte notarié ou testamentaire mentionnant mon statut d'ayant-droit

Fait à Le

Signature :

Documents à retourner à :
Direction des Cliniques Arnault Tzanck
A l'Attention de Delphine MINAYA
BP 1250 - 06254 Mougins CEDEX.