

Demande de Communication de mon Dossier Médical

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

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

Demande la communication de mon dossier médical à Monsieur le Directeur de la Clinique :

Espérance Plein Ciel Saint Basile

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

Pièces demandées : Copie Intégrale Résultats d'analyses
 Compte rendu d'hospitalisation Dossier d'anesthésie
 Compte rendu opératoire Suivi médical
 Autre, précisez :

Je souhaite (cochez la case correspondante) :

- Recevoir les copies de mon dossier médical par courrier recommandé à mon adresse personnelle. J'accepte les frais inhérents à ma demande (tarif postal + 0.18€/page copiée).
- Que les copies de mon dossier médical soient adressées à mon médecin traitant dont voici les coordonnées. J'accepte les frais inhérents à ma demande (tarif postal + 0.18€/page copiée).
.....
.....
.....
- Consulter mon dossier médical sur place

*Afin que ma demande soit complète, je joins à celle-ci une **copie RECTO/VERSO de ma pièce d'identité en cours de validité.***

Fait à Le

Signature :

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