

FORMULAIRE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL

Document à adresser à la direction de la clinique par courrier ou par mail à
csv-direction@ramsaysante.fr

I – Identité du Demandeur

Je soussigné (e) Mme / Melle / Mr (nom, prénom, nom de jeune fille)

Né (e) le.....

Domicilié (e).....

Agissant en tant que :

patient

représentant légal de : (nom, prénom)

Né (e) le Décédé (e) le

Motif de la demande de communication (pour les ayants droits : un justificatif notarié doit être fourni)

Connaître la cause du décès

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir mes propres droits

Autres, à préciser :

II – Demande de Communication des documents suivants :

le compte rendu opératoire

le dossier infirmier

autre (s) document (s), à préciser :

Renseignements facilitant la recherche du dossier : date d'hospitalisation, service(s) d'hospitalisation, nom du (des) médecin (s) référent (s)

III – Selon les modalités suivantes :

- Je choisis la consultation du dossier sur place en présence d'un membre de la direction et / ou d'un médecin : merci de prendre rendez-vous auprès de l'Assistante de Direction au :
04 69 00 10 19 (appel non surtaxé)
- Je demande l'envoi postal à mon domicile
- Je désigne le Docteur : nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques, comme intermédiaire :

Dès réception par la Clinique du présent formulaire dûment rempli et accompagné, dans tous les cas, de la photocopie **d'une pièce d'identité ou d'un passeport destinée à s'assurer de votre identité et du livret de famille pour les représentants légaux et les ayants droits (Art 1 – décret du 29.04.02)**, la préparation des documents sera organisée par la Clinique.

Date :

Signature :

Société par actions simplifiée

Avenue Ben Gourion
69009 Lyon

Tel : 04 69 00 10 19

Fax : 04 72 17 26 17

Capital de 2 253 526 €
509 674 008 RCS LYON