

DEMANDE DE COMMUNICATION DE MON DOSSIER MEDICAL

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

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e),

NOM DE NAISSANCE Prénom.....

NOM D'USAGE.....

Né(e) le à

Adresse

Téléphone : Courriel :@.....

demande à Monsieur le Directeur de l'Hôpital Privé la communication de mon dossier médical.

Date(s) du séjour :

Médecin responsable du séjour :

Pièces demandées :

- Compte rendu d'hospitalisation (*résumé du séjour*)
- Compte rendu opératoire et pièces associées
- Prescriptions durant le séjour et à la sortie
- Dossier d'anesthésie
- Résultats d'analyses (*laboratoire, imagerie médicale, anapath...*)

Autres, précisez :

ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Je souhaite (*cochez la case correspondante*) :

recevoir les copies de mon dossier médical par courrier recommandé à mon adresse personnelle.

récupérer les copies de mon dossier médical sur place à l'Hôpital Privé Arnault Tzanck.
-Prendre RDV au 04.97.16.68.76 – Se munir de sa pièce d'identité-

que les copies de mon dossier médical soient adressées à mon médecin traitant

dont voici les coordonnées :

Adresse de messagerie sécurisée.....@.....

J'accepte de régler les frais inhérents à ma demande (tarif postal courrier RAR + 0.18€/page copiée).

consulter mon dossier médical sur place en présence du médecin responsable du séjour.

-Prendre RDV au 04.97.16.68.76 – Se munir de sa pièce d'identité-

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

Documents à retourner par courrier :
Hôpital Privé Arnault Tzanck Mougins – Sophia Antipolis
Service Direction – A l'attention de Laure MAUSSAN
BP 1250 – 06254 Mougins CEDEX – 04.97.16.68.76
Ou par courriel : cdu.mougins@tzanck.org

Fait à Le

Signature :