

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR UN PATIENT

### Identité du demandeur

Nom d'usage ..... Nom de naissance .....

Prénom ..... Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ à .....

Tél. portable ou fixe ..... E-mail .....

### Renseignements pour la recherche du dossier

Date(s) d'hospitalisation .....

Nom du médecin ayant assuré votre prise en charge à l'Hôpital Privé du Confluent :

.....

- *Les dossiers de consultation sont à demander directement au praticien*
- *Les clichés radiographies sont à demander directement au centre de radiologie*

### Éléments du dossier demandés

- Intégralité du dossier médical
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu opératoire
- Autre(s) : .....

### Mode de communication du dossier (un seul choix possible)

- A**  Remise en main propre
- B**  Envoi à mon domicile en LRAR :
- Adresse .....
- Code postal ..... Ville .....
- C**  Envoi à mon médecin traitant :
- Dr .....
- Adresse .....
- Code postal ..... Ville .....
- D**  Consultation sur place seul(e) ou accompagné(e) d'une tierce personne de mon choix :
- Nom ..... Prénom .....
- E**  Consultation sur place avec un médecin que je désigne :
- Dr .....

### Motif de la demande

- Transfert vers un autre établissement
- Réclamation éventuelle
- Autres motifs : .....

### Pièce justificative obligatoire à fournir avec votre demande

- Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduire, passeport)

NB : Les informations contenues dans le dossier médical ont un caractère strictement personnel.

**L'Hôpital Privé du Confluent**  
2-4 rue Éric Tabarly - 44277 Nantes CEDEX 2  
Tél. : 02 28 25 50 00 - Fax : 02 28 25 52 40  
E-mail : contact@groupeconfluent.fr  
hopitalpriveconfluent.vivalto-sante.com

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du demandeur :**