

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR UN AYANT-DROIT

### Identité du demandeur

Nom d'usage ..... Nom de naissance .....  
Prénom ..... Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à .....  
Tél. portable ou fixe ..... E-mail .....

**demande à obtenir la communication des documents médicaux au nom de (nom, prénom du patient et lien de parenté) .....**

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

### Renseignements pour la recherche du dossier

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

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

Conformément à la législation en vigueur, **motif de la demande à renseigner obligatoirement :**

- Connaître la cause du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir un droit

➔ *Les dossiers de consultation sont à demander directement au praticien*

➔ *Les clichés radiographiques sont à demander directement au centre de radiologie*

### 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**  Consultation sur place seul(e) ou accompagné(e) d'une tierce personne de mon choix :

Nom ..... Prénom .....

**D**  Consultation sur place avec un médecin que je désigne :

Dr .....

### Pièces justificatives obligatoires à fournir avec votre demande

- Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduire, passeport)
  - Pour le conjoint et/ou les enfants : une copie du livret de famille justifiant votre lien de parenté
  - Pour les ayants droit (autres que conjoint et enfants) : un acte de notoriété établi par le notaire responsable de la succession
- ➔ La demande ne sera recevable qu'à réception de l'ensemble de ces éléments.

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 :**