

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 : hpc.contact@vivalto-sante.fr
 hopitalpriveconfluent.vivalto-sante.com

Le ____ / ____ / ____

Signature du demandeur :