

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 de votre livret de famille ou de votre acte de naissance 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 : hpc.contact@vivalto-sante.com

hopitalpriveconfluent.vivalto-sante.com

Le ____ / ____ / ____

Signature du demandeur :