

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, et conformément à la loi, veuillez nous fournir les documents mentionnés ci-dessous et les retourner à l'adresse suivante :

**Service de l'information médicale
Clinique du Val d'Ouest
39 chemin de la Vernique - 69130 ECULLY**

Je soussigné,

M. / Mme (Nom / Nom de jeune fille, Prénom) :

Né(e) le à,

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Le cas échéant : Père, Mère, Représentant légal, Mandataire ou ayant droit de :

(Nom et Prénom du patient)

Demande à obtenir la copie intégrale de mon dossier médical

Date de séjour :

Praticien :

Selon le mode de communication suivant :

Consultation sur place en présence du médecin.

Envoi postal au domicile (Adresse) :

.....

Envoi postal au Docteur (Nom – Prénom - Adresse) :

.....

Motif de la demande (Facultatif, à préciser afin de faciliter la gestion de votre demande) :

.....

.....

Les frais de reproduction et d'envoi par lettre recommandée avec avis de réception seront facturés.
Une estimation du coût vous sera adressée avant envoi de votre dossier*

Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre :

Si vous êtes le patient demandeur :

- Copie recto/verso** de votre **carte nationale d'identité**.
- Dates précises de l'hospitalisation :
- Nom du médecin qui a pris en charge l'hospitalisation :

Si vous n'êtes pas le patient, il est nécessaire de justifier de votre statut :

- Copie recto/verso** de la **carte nationale d'identité** de la (les) personne(s) ayant l'autorité parentale ou ayant(s) droit du patient.
- Copie du Livret de famille (*pour les parents faisant la demande*).
- Extrait d'acte de naissance (*pour les parents faisant la demande*).
- Extrait d'acte de décès et acte officiel justifiant de la qualité d'ayant droit (*pour ayant-droit*).
- Pièce justifiant de la qualité de tuteur (*en cas de demande par le tuteur pour un majeur sous tutelle*).
- Une lettre désignant le médecin comme intermédiaire (*si vous faites la demande par un médecin*).

A,
 le :

Signature :

Les données à caractère personnel communiquées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par la Clinique du Val d'Ouest sur la base de ses obligations légales.

Ce traitement a pour finalité de vous communiquer les éléments que vous sollicitez, dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et de limitation du traitement. Vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dpo@kantys.org.