

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Par le patient ou son représentant

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire (un formulaire par séjour) et de le retourner à l'adresse suivante :

Clinique d'Arcachon
Secrétariat de Direction
Avenue Jean Hameau
33260 La Teste de Buch
 Direction.carc@gbna-sante.fr

Identité du patient

Monsieur Madame (nom en majuscules, nom de naissance entre parenthèses, prénoms)

Né(e) le ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :

 ____ / ____ / ____ / ____ / ____ - 

Adresse postale :

Qualité du demandeur (si le demandeur est différent du patient)

Personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne

Représentant légal du mineur Mandataire Ayant-droit

Autre :

Monsieur Madame (nom en majuscules, nom de naissance entre parenthèses, prénoms)

Né(e) le ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :

 ____ / ____ / ____ / ____ / ____ - 

Adresse postale :

Éléments du dossier dont vous demandez la copie :

Compte-rendu d'opération

Compte-rendu d'hospitalisation Séjour du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Résultats d'examen (laboratoire, anatomopathologie) en date du ____ / ____ / ____

Intégralité du dossier médical Séjour du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Autres pièces :

Modalités de communication

Délai de transmission : les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois maximum à la date de réception de la demande du formulaire dûment complété et conforme.

Moyens de transmission :

Envoi postal

Consultation sur place

Copies remises en mains propres

Consultation sur place avec un médecin

Pièces à fournir

Se référer au document « demande d'accès au dossier médical »

Date : ____ / ____ / ____

Signature :