

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à la Direction de la Clinique Saint-Faron (en recommandé avec copie de votre pièce d'identité recto-verso).

M., Mme, Mlle.....

demeurant.....

.....

Numéro de téléphone

Pièces souhaitées

Intégralité de mon dossier médical

Dossier papier

Si vous ne souhaitez **pas** obtenir **l'intégralité** de votre dossier médical, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :

Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire

Dossier infirmier

Résultats d'examens, précisez lesquels :

Autres pièces, précisez lesquelles :

Périodes d'hospitalisation

Date :

Mode de communication

Envoi de copies à votre domicile

Envoi de copies à un médecin de votre choix, précisez :

Nom, adresse :

Remise de copies

Consultation sur place

Motif de la demande

(à préciser afin de faciliter la gestion de votre demande)

.....

Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre une copie recto-verso de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire, en envoi AR.

A, le SIGNATURE

Version	Date d'application	Confidentialité	N° Page
002	02/03/2017	Public	1/1