

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

☒ Envoi par messagerie santé sécurisée

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. Si vous faites la demande pour un tiers, merci de joindre votre propre pièce d'identité en plus de la sienne et une procuration.

A, le SIGNATURE

Version	Date d'application	Confidentialité	N° Page
003	15/04/2026	Public	1/1