

Je soussigné(e) NOM Prénom né(e) le
Domicilié(e)
Pièce d'identité produite (ci-jointe copie) :

demande à Mme le directeur du Pôle hospitalier mutualiste Saint Nazaire, la communication du dossier médical de

En qualité d'ayant droit

Mme, Mlle ou M. NOM Prénom

Né(e) le Décédé(e) le à

Justificatifs de la qualité d'ayant droit (lien de parenté ou relation avec la personne décédée) :

Pièce produite (copie ci-jointe)

Date de l'hospitalisation **Etablissement d'hospitalisation concerné** :

Pour le motif suivant à préciser obligatoirement : (Cocher la ou les cases correspondantes)

connaître la cause du décès défendre la mémoire du défunt faire valoir leurs droits

En qualité de représentant de l'autorité parentale ou de tuteur

Mme, Mlle ou M. NOM Prénom Né(e) l
Né(e) le Décédé(e) le à

Justificatifs de la qualité de représentant de l'autorité parentale ou de tuteur :

Pièce produite (copie ci-jointe)

Date de l'hospitalisation **Etablissement d'hospitalisation concerné** :

Je souhaite :

consulter le dossier médical à l'établissement, et dans ce cas nous vous remercions de bien vouloir prendre RV : il me sera alors possible de :

demander des photocopies de documents à mes frais

être reçu en entretien lors de cette consultation par un médecin

recevoir une copie du dossier à mon domicile.

que ce dossier soit adressé au médecin dont voici les coordonnées :

.....

Je souhaite plus précisément les documents suivant :

la totalité du dossier médical

des éléments du dossier médical (à préciser) :

Le coût de reproduction des documents est à la charge du demandeur ainsi que les frais d'envoi au tarif de la poste en recommandé avec accusé de réception.

Jusqu'à 10 pages	4 €
de 11 à 20 pages	6 €
de 21 à 30 pages	8 €
de 31 à 40 pages	10 €
à partir de la 41 ^e page	+ 0.20 par copie

Fait à le

Signature du demandeur

Il est à rappeler le caractère strictement personnel et confidentiel du contenu du dossier médical. Par ailleurs certaines informations peuvent présenter des difficultés d'interprétation ou ne pas être sans conséquence du fait de leur révélation.

☞ Document à retourner à : Pôle Hospitalier Mutualiste Saint Nazaire
Cellule qualité – Relation avec la patientèle
38 Avenue de Pornichet
44600 SAINT NAZAIRE