

**Je soussigné(e)** NOM ..... Prénom .....

Né(e) le .....

Domicilié(e) .....

Téléphone : .....

Pièce d'identité produite (ci-joint copie) : .....

Suite à mon hospitalisation en date du ..... au .....

Dans l'établissement suivant : .....

**demande à Mme le directeur du Pôle Hospitalier Mutualiste Saint Nazaire la communication de mon dossier médical :**

**Je souhaite :** (cocher les cases correspondantes)

- consulter ce dossier médical à l'établissement , et dans ce cas nous vous remercions de bien vouloir prendre rendez-vous : il me sera alors possible de :
  - demander des photocopies de documents
  - être reçu en entretien lors de cette consultation par un médecin
- recevoir une copie du dossier à mon domicile.
- que ce dossier soit adressé à mon médecin traitant dont voici les coordonnées

**Je souhaite plus précisément les documents suivant :**

- la totalité de mon dossier médical
- des éléments de mon 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 <sup>e</sup> 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'interprétations 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 Rue de Pornichet  
44600 SAINT NAZAIRE