

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL PAR UN(E) PATIENT(E) OU UNE PERSONNE HABILITEE**Renseignements sur le(la) patient(e)**

NOM : Prénom : Date de naissance : __ / __ / ____

Nom de jeune fille : N° de Sécurité Sociale : _____

Hospitalisation à la clinique du Tonkin du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ dans le service

Ou pris(e) en charge le __ / __ / ____ par le Dr

N° de dossier d'hospitalisation : (réservé à la clinique)

Demande à adresser à :**Monsieur le Directeur
Clinique du Tonkin
26 à 36 rue du Tonkin
69626 VILLEURBANNE CEDEX**

Je soussigné(e) M. / Mme Adresse :

..... Code postal _____ Ville :

N° de téléphone : _____ Courriel :@.....

demande la transmission :

 de mon dossier médical, du dossier médical de M. / Mme dont je suis :

- détenteur(trice) de l'autorité parentale*, (**rayer les mentions inutiles*)
- tuteur(trice)*
- ayant droit*

 Autorise le Dr à accéder à mon dossier. Adresse du cabinet :

..... Code postal _____ Ville :

Merci de cocher la case concernée : Je viendrai chercher moi-même une copie de l'intégralité du dossier médical à la clinique. (1) Je demande qu'on m'expédie en RAR une copie de l'intégralité du dossier médical. (1) Je demande qu'on expédie à mon médecin en RAR une copie de l'intégralité du dossier médical Je viendrai chercher moi-même une copie du compte-rendu opératoire et de la lettre de sortie à la clinique. (1) Je demande qu'on m'expédie en RAR une copie du compte rendu opératoire et de la lettre de sortie. (1) Je demande que l'on m'accorde de consulter le dossier médical sur place à la clinique du Tonkin.

(1) Conformément à la loi n° 2002-3003 du 4 mars 2002 sur le droit des malades et du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002, relatif à l'accès du dossier médical par le patient insérés dans le Code de la Santé Publique, les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur.

Les motifs de ma demande sont les suivants : (à remplir uniquement si le demandeur est un ayant droit en cas de décès)

.....
.....**Pièces à fournir** case(s) concernée(s) à cocher : Photocopie recto / verso d'une pièce d'identité (obligatoire, sauf pour médecin), Photocopie du livret de famille justifiant la qualité de titulaire de l'autorité parentale ou d'ayant droit, Pièce justifiant de la qualité de tuteur. Photocopie du bulletin d'inscription de l'année en cours à l'ordre des médecins ou photocopie de la carte professionnelle délivrée par l'ordre de médecins (recto/verso) pour le médecin désigné par le demandeur.

Signature :