



Clinique Tous Vents
(19 Avenue René Coty, 76170 LILLEBONNE)

Identité du demandeur ⁽¹⁾

Nom de Naissance : Prénom :

Nom marital : Né(e) le :

Adresse :

.....
.....
.....

Mail : Téléphone :

⁽¹⁾ Joindre la photocopie d'une pièce d'identité recto-verso

Patient

Je suis détenteur de l'autorité parentale d'un enfant mineur ⁽²⁾

Nom de naissance : Prénom :

Né(e) le :

⁽²⁾ Joindre la photocopie du livret de famille + la pièce d'identité recto-verso du demandeur ou copie du jugement de divorce (exercice de l'autorité parentale partagée ou non)

Tutelle / Curatelle

Je suis sous mesure de protection juridique

Sous curatelle ⁽³⁾

Sous tutelle ⁽⁴⁾

⁽³⁾ Joindre l'accord financier du curateur + la photocopie du jugement de curatelle + la pièce d'identité recto-verso du demandeur

⁽⁴⁾ Joindre la photocopie du jugement de tutelle + la pièce d'identité recto-verso du tuteur

Expertise

Je souhaite obtenir la copie de mon dossier sans le cadre d'une expertise :

A la demande des assurances ⁽⁵⁾

Judiciaire ⁽⁷⁾

⁽⁵⁾ Joindre la photocopie de la convocation du médecin – expert

⁽⁶⁾ Joindre la photocopie de l'arrêt du tribunal



Modalité de communication

- Viendra chercher sur place (dès mise à disposition des copies)
- Par envoi postal ⁽⁷⁾ (mode d'envoi par défaut) :
 - à moi-même
 - à un médecin (précisez ci-dessous ses coordonnées)

Nom du médecin : Prénom :

Adresse :

.....
.....Téléphone :

- Par consultation sur place gratuite (sur rendez-vous uniquement)
- Par consultation sur place gratuite avec la présence d'un médecin (sur rendez-vous uniquement)

⁽⁷⁾ envoi des copies par lettre recommandée et facturées au demandeur.

Les éléments du dossier patient souhaités

Attention la totalité d'un dossier peuvent être volumineuse, notamment en imagerie, il est important d'en mesurer le coût potentiel et l'utilisation souhaitée. (0,18 € par page photocopie)

Le compte-rendu reprend généralement la synthèse du séjour et bien souvent répondra à vos questions.

La législation autorise l'obtention de la totalité du dossier notamment

- Compte rendu (hospitalisation, opératoire, consultation, ...)
- Imagerie (radiographie, scanners, IRM, ...)
- Autres (à préciser)
- Biologie

.....
.....
.....

Fait à Le

Signature

Formulaire à retourner dument complète à l'adresse suivante :

Par courrier selon le choix de l'établissement OU par mail: contact@cliniquedeveloppement.com