

**FORMULAIRE DE DEMANDE
DE DOSSIER MEDICAL**

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (*nom marital si concerné*) :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone (fixe ou portable) :

Qualité du demandeur (préciser en cochant la case correspondante) :

- Patient
- Titulaire de l'autorité parentale pour un mineur *
- Tuteur pour un majeur placé sous tutelle *
- Ayants droit du patient défunt *
- Médecin désigné comme intermédiaire *

*** IDENTIFICATION DU PATIENT (SI DIFFERENTE DU DEMANDEUR) :**

Nom de naissance :

Nom d'usage (*nom marital si concerné*) :

Prénom : Date de naissance :

SEJOUR(S) CONCERNE(S)

Date(s) d'hospitalisation du (des) séjour(s) concerné(e)s par la demande :

.....

PIECES DEMANDEES

- Compte rendu d'hospitalisation Compte rendu opératoire
- Résultats d'examens (biologie, anatomopathologie, compte rendu de radiographie)
- Autre : préciser

MODALITES DE COMMUNICATION

Dossier envoyé au médecin de mon choix : préciser nom et adresse ci-dessous

.....

.....

Consulter ce dossier médical sur l'établissement

Envoyer une copie à l'adresse du patient ou du demandeur

MOTIVATION DE LA DEMANDE :

.....

.....

Fait à :

le :

Signature du demandeur :

	FORMULAIRE	OXF DPI FOR 002 Version 4
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL	11/09/2020
		Page 2 sur 2

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- **Dans tous les cas : copie d'une pièce d'identité en cours de validité recto/verso du demandeur et du patient concerné par la demande si différent du demandeur.**
- **Si la demande concerne un enfant :** copie du livret de famille, en cas de séparation ou de divorce copie de la décision rendue par le tribunal.
- **Pour les tuteurs :** copie de la décision rendue par le Tribunal.
- **Pour les ayants droit :** copie du livret de famille, acte notarié ou contrat d'assurance mentionnant le bénéficiaire, PACS, acte de décès.

A noter que les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur qui devra s'en acquitter à l'avance.

Pour information : (tarifs TTC)
Frais de reproduction : 10 €
Payable par chèque, à l'ordre de « SAS CLINICA »

Le formulaire, ainsi que les pièces justificatives et le chèque sont à renvoyer à :
Hôpital Privé Cannes Oxford
A l'attention du Directeur
33 boulevard Oxford
06 400 Cannes

Votre demande sera traitée dans les meilleurs délais dès réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires.

Il est important de rappeler que les copies des documents établis sur votre demande contiennent des informations couvertes par le secret médical et il vous appartient d'en préserver la confidentialité et l'usage qui pourrait en être fait auprès de tiers.