

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

E

Joindre **IMPÉRATIVEMENT** une copie de votre pièce d'identité et tout document attestant votre qualité de représentant légal d'un mineur ou d'un incapable majeur ou d'ayant droit d'un patient décédé (copie du livret de famille).

Je soussigné(e) : Mme M (Nom d'usage, Prénoms) _____

Nom de naissance : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Adresse complète : _____

Tél : _____

Demande à obtenir communication (cochez la case correspondante à votre demande)

De mon dossier médical de mon séjour datant du ____ / ____ / ____
dans l'établissement : Polyclinique de Picardie Etablissement du Val d'Ancre

Du dossier médical de (Nom naissance, prénom du patient) : _____
Né(e) le : ____ / ____ / ____

Dont je suis Père, Mère ou Tuteur
 Ayant droit d'une personne décédée

Motif : Pour connaître les causes du décès
 Pour défendre la mémoire
 Pour faire valoir ses droits

Si vous souhaitez ne recevoir que des éléments médicaux suivants : Cochez-la ou les case(s) correspondante(s)

Certificat médical
 Compte rendu d'hospitalisation
 Autre : _____

Modalité de communication souhaitée

Envoi de photocopies à mon adresse
 Photocopie de tout ou partie du dossier remise en main propre
 Envoi de photocopies au Docteur (Nom, Prénom et adresse) _____
 Consultation sur place dans le service, en présence d'un médecin

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Ce document est à envoyer à :
POLYCLINIQUE DE PICARDIE
A l'attention du Secrétariat de Direction
49 Rue Alexandre Dumas – 80090 AMIENS