

Formulaire de demande de transmission du dossier patient – Cas général

Veuillez retourner ce formulaire dûment complété, daté, signé, et accompagné des pièces nécessaires à la direction de l'établissement ou via le mail : demandedossiermedical@millenaire.fr

Identification et coordonnées du demandeur

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :@.....
Si vous êtes représentant légal du patient ☐ patient mineur ☐ sous tutelle

Identité du patient

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Pièces particulières du dossier souhaitées :

☐ Intégralité du dossier ☐ Compte-rendu d'hospitalisation
☐ Compte-rendu opératoire ☐ Compte-rendu d'anesthésie
☐ Autres pièces (précisez) :

Précisez la date du / des séjour(s) concernés :
.....

Modalités de communication

Vous souhaitez : ☐ Consultation sur place
☐ Transmission des copies en papier
☐ Transmission des copies via clé USB
☐ Transmission des copies par adresse mail sécurisée (Bluefiles)

Règlement : Le premier accès à votre dossier médical est gratuit. Il vous sera demandé de régler les frais de copie des éléments demandés ainsi que les frais d'envoi par lettre recommandée avec accusé de réception uniquement dans le cadre d'une nouvelle demande. Une estimation du total des frais vous sera communiquée après réception de la présente demande. Vous pourrez régler les frais en chèque, espèces, carte bleue, paiement en ligne sur le site d'OC SANTÉ.

LES PIÈCES A FOURNIR

Si vous êtes le Patient :

Copie recto-verso de la pièce d'identité

Si vous êtes le représentant d'un mineur :

Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent demandeur
Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient mineur
Copie du livret de famille (partie parents et enfant)

Si vous êtes le représentant légal d'un majeur sous tutelle :

Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur
Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient
Copie du jugement de tutelle

Fait à Le/...../..... Signature :