



DEMANDE D'INFORMATIONS MEDICALES

Le dossier médical original est propriété de l'Etablissement mais le patient, selon la Loi du 4 mars 2002, a un droit d'accès à l'information contenue dans son dossier médical et peut le consulter et/ou en obtenir des copies après validation d'un certain nombre de points.

Nous vous demandons de remplir soigneusement le document ci-dessous afin de nous permettre de traiter votre demande et de le retourner à :

Clinique Mutualiste de Lyon – Secrétariat de Direction - 107 rue Trarieux 69003 LYON
accompagné des justificatifs demandés.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et Prénom du patient

Adresse :

Téléphone :

date d'hospitalisation :

médecin référent de l'hospitalisation :

N° IPP :

A remplir par l'administration

Si le demandeur n'est pas le patient

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté avec le patient :

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

<input type="checkbox"/>	Je suis le patient	- Joindre la photocopie recto-verso de votre carte d'identité.
<input type="checkbox"/>	Je suis titulaire de l'autorité parentale (si le patient est mineur)	- Joindre la photocopie recto-verso de votre carte d'identité. - Ainsi que la photocopie du livret de famille.
<input type="checkbox"/>	Je suis le tuteur (si le patient est sous tutelle)	- Joindre la photocopie recto-verso de votre carte d'identité - Ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle.
<input type="checkbox"/>	Je suis ayant droit (si le patient est décédé)	- Joindre la photocopie recto-verso de votre carte d'identité - Ainsi que la photocopie du livret de famille justifiant le lien de parenté avec le défunt. - Et la motivation écrite de votre demande.
<input type="checkbox"/>	Je suis mandaté par le patient	- Joindre la photocopie recto-verso de votre carte d'identité, - Ainsi que l'acte soussigné du patient vous donnant pouvoir pour accéder à la communication de l'information médicale. - Et la photocopie recto-verso de la carte d'identité du patient.

OBTENTION DES INFORMATIONS MEDICALES

Si vous souhaitez des pièces de votre dossier médical, merci de cocher le(s) case(s) correspondante(s) :
(Un dossier médical peut être constitué de centaines de documents !)

Copies souhaitées des pièces du dossier médical (le dossier médical original est propriété de l'Etablissement)	
Observations médicales <input type="checkbox"/>	Comptes rendus opératoires et endoscopiques <input type="checkbox"/>
Dates :	Date(s) :
Dr :	Dr :
Résultats de laboratoire <input type="checkbox"/>	Comptes rendus radiologiques <input type="checkbox"/>
Date(s) :	Date(s) :
Autres comptes rendus d'examens <input type="checkbox"/>	Prescriptions médicales et surveillances des paramètres <input type="checkbox"/>
Date(s) :	Date(s) :
Dossier d'anesthésie <input type="checkbox"/>	Dossier de soins infirmiers <input type="checkbox"/>
Date(s) :	Date(s) :
Dossier d'obstétrique <input type="checkbox"/>	Correspondances médecins <input type="checkbox"/>
Date(s) :	

Vous avez également la possibilité de consulter votre dossier médical sur place et **sur rendez-vous** :

sans accompagnement médical <input type="checkbox"/>	avec accompagnement médical <input type="checkbox"/>
	Docteur ou spécialité médicale :

TRANSMISSION DES COPIES

- Je demande que les copies effectuées me soient adressées **à mon domicile**. (envoi en recommandé avec Accusé de réception).
- Je demande que les copies effectuées restent à ma disposition à la Clinique.

Dans ce cas, je prendrai rendez-vous par téléphone au **0826 960 000** en indiquant à la boîte vocale :
Christelle SZEMENDERA

Fait à

le

Signature :