

Date de modification : Mars 2024

A remplir par la personne demandeuse, le plus précisément possible  
et à transmettre à l'HPL à l'adresse indiquée dans l'encadré ci-contre.

Hôpital Privé de la Loire  
Service qualité  
39, Boulevard de la Palle  
42030 SAINT-ETIENNE Cedex 2

Date de la demande : ...../...../2.....

**Identité et coordonnées :**

**Renseignements concernant le DEMANDEUR**

Nom(s) : .....  
Prénom(s) : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....  
Lien de  
Parenté ou  
d'affiliation : .....

**Renseignement concernant le PATIENT**

Nom(s) : .....  
Prénom(s) : .....  
Date de naissance du patient : ...../...../.....  
Date de décès : ...../...../.....

*Si le patient est décédé hors de l'établissement, merci de joindre  
une copie du certificat de décès.*

**Dates du / des séjour(s) :**

**Dates du séjour :**

Séjour du ...../...../..... au ...../...../.....  
Séjour du ...../...../..... au ...../...../.....  
Séjour du ...../...../..... au ...../...../.....

**Médecin qui vous a pris en charge pendant votre séjour :**

Docteur .....  
Docteur .....  
Docteur .....

**Lieu du / des séjour(s) :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HPL (anciennement CHPL) | <input type="checkbox"/> Polyclinique de Beaulieu |
| <input type="checkbox"/> Clinique de la Jomayère | <input type="checkbox"/> Clinique Michelet        |

**Motif de votre demande :**

**Eléments du dossier médical que vous souhaitez :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Compte rendu d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Dossier médical complet          |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire        | <input type="checkbox"/> Autres pièces : (précisez) ..... |

**Vous souhaitez :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consulter votre dossier sur place :<br><input type="checkbox"/> En présence du médecin concerné ou de l'un de ses confrères<br><input type="checkbox"/> Sans présence médicale | } Le service qualité vous proposera<br>un <u>rendez-vous</u> . |
| <input type="checkbox"/> Venir chercher une photocopie de votre dossier à l'HPL.<br>Le service qualité vous proposera un <u>rendez-vous</u> .   |  |
| <input type="checkbox"/> Que la copie de votre dossier médical vous soit envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception  |  |

**Merci d'accompagner votre demande d'une copie de votre pièce d'identité et du livret de famille**

Nom et signature du demandeur :