

Date de modification : Avril 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 :
<input type="checkbox"/> En présence du médecin concerné ou de l'un de ses confrères
<input type="checkbox"/> Sans présence médicale | } Le service qualité vous proposera
un <u>rendez-vous</u> . |
| <input type="checkbox"/> Venir chercher une photocopie de votre dossier à l'HPL.
<i>Les frais de copie de votre dossier vous seront facturés</i>
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 :