

**Demande de dossier médical
par le patient**

Référence :

EN DPA 001

Indice c

PAGE

1 / 1

Date de modification : Juillet 2015

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 :/...../20.....

Identité et coordonnées :

Nom(s) et prénom(s) du demandeur :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :/...../.....

Détails du / des séjour(s) :**Dates du (des) séjour(s) :**

Séjour du/...../..... au/...../.....

Séjour du/...../..... au/...../.....

Séjour du/...../..... au/...../.....

Médecin qui vous a pris en charge pendant votre séjour :

Docteur

Docteur

Docteur

Lieu du séjour : HPL (anciennement CHPL) Polyclinique de Beaulieu Clinique de la Jomayère Clinique Michelet**Motif de votre demande :**

.....

Éléments de votre dossier médical que vous souhaitez : Compte rendu d'hospitalisation Dossier médical complet Compte rendu opératoire Autres pièces :

(Précisez).....

Vous souhaitez : Consulter votre dossier sur place : En présence du médecin concerné ou de l'un de ses confrères Sans présence médicaleLe service qualité vous proposera un rendez-vous. Venir chercher une photocopie de votre dossier à l'HPL.

Les frais de copie de votre dossier vous seront facturés* (0,10 € / copie)

Le service qualité vous proposera un rendez-vous.

Que la copie de votre dossier médical vous soit envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception. Les frais de copie de votre dossier vous seront facturés* (0,10 € / copie) ainsi que les frais d'envoi* (4 €).

* Le service qualité vous informera du montant total des frais facturés avant envoi ou remise du dossier.

IMPORTANT : Merci d'accompagner votre demande d'une copie d'une pièce d'identité

Nom et signature du demandeur :