

DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES A MA
SANTE

Référence : IM-DR-011
Date mise à jour : 21/06/2023

Cibles de diffusion : Diffusion générale
Type de diffusion : Affichage et/ portail internet

Imprimé à retourner rempli et signé à l'attention de :

Monsieur le chef d'établissement Clinique d'Aufréry - 1 Place du Maréchal Niel - 31130 Pin-Balma

N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité

IDENTITE: Nom usuel : Prénom
Nom de naissance :
Date de naissance :/...../.....
N° Téléphone (domicile et/ou portable) : /... .. /... .. /... ..
Adresse :

LISTE DES INFORMATIONS MEDICALES DEMANDEES : En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de nous préciser :

Le(s) service(s) concerné(s), à savoir service d'hospitalisation temps plein ou CATM

La(es) période(s) concernée(s) :

Pièces souhaitées

- Compte rendu de consultation Compte rendu d'hospitalisation Dossier médical complet
 autre :

MODALITE DE COMMUNICATION : (ne cocher qu'une seule modalité)

Consultation sur place

- Avec accompagnement médical Oui - Non
- En présence d'une tierce personne de votre choix Oui - Non

Ou

Envoi à mon domicile

Le dossier vous parviendra sous enveloppe sécurisée : bien préciser le numéro de la porte, l'étage, l'appartement
Ou

Envoi au médecin de mon choix et

Nom.....
adresse

Nous vous rappelons que toute reproduction vous sera facturée conformément à Arrêté du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif soit notamment 0.18 centimes la copie papier)

Date Signature :

