

DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES A MA
SANTÉ

Référence : IM-DR-011
Date mise à jour : 15/01/2026

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

Date Signature :

Nb : en cas de demande d'une seconde reproduction, celle-ci 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 / page)

Encart réservé à la Clinique d'Aufréry

Demande réceptionnée le

☐ Plus de 5 ans

☐ moins de 5 ans

Demande complète

☐ Oui

☐ Non

Si non, éléments manquants :

.....

.....

Demandés le

Reçus le

Date envoi dossier :