

Je soussigné(e), M / Mme / Mlle (nom, prénom ; pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille)

Né(e) le _____

Tél. : _____

Domicilié(e) _____

Le cas échéant (rayer les mention inutiles) : père, mère, représentant légal, mandataire, ou ayant droit de (nom, prénom du patient) :

Né(e) le _____

demande à obtenir communication de la copie des documents suivants :

le compte-rendu d'hospitalisation du _____ au _____

autre document, à préciser : _____

le dossier réglementaire

établi(s) par l'établissement

à mon nom au nom de _____

(mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal, le mandataire ou l'ayant droit)

Renseignements facilitant la recherche du dossier :

(date d'hospitalisation, service d'hospitalisation, nom du médecin)

selon les modalités suivantes

Consultation du dossier sur place

(prendre rendez-vous avec le département d'information médicale au 04 37 54 40 03 en précisant si vous souhaitez la présence d'un médecin en particulier.)

Envoi postal à mon domicile des informations

Envoi postal au Docteur _____ (nom, prénom, adresse et coordonnées téléphoniques)

Motif de la demande (à préciser obligatoirement pour le dossier d'un patient décédé)

Date :

Signature :

> **Formulaire à envoyer** : Hôpital Privé de l'Est Lyonnais, Mme PORRETTA, Département d'information médicale, 140 rue André LWOFF, 69800 SAINT-PRIEST.
> **Joindre une copie de votre pièce d'identité** et s'il y a lieu, de tout document attestant de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit du patient (livret de famille), ou le mandat exprès.
> **Les frais de copie, d'envoi et de recherche du dossier donnent lieu à facturation.**