association de soins à domicile à La Réunion

ASDR
A l'attention de Madame la Directrice Générale
131 route du bois de nèfles
CS 21111
97495 Ste Clotilde Cedex

OBJET : ACCES A MON DOSSIER MEDICAL

NOM : (1) ……..

Prénoms : ……..

Date de naissance : …… / ……. / …….

Je sollicite la communication (*) :

□ l'ensemble du dossier du patient

□ la partie du dossier relative à : (Précisez)

……

……

Modalités de communication (*) :

□ Envoi postal par lettre recommandée avec AR

□ Consultation sur place au siège de l'établissement

□ Envoi postal par lettre recommandée avec AR à un médecin désigné :

Nom prénoms du médecin : ……

Adresse : ……

Code Postal : ……Ville.....……

Téléphone : ……..……..

□ J'accepte l'accompagnement médical par un médecin de l'ASDR durant la consultation.

□ Je refuse l'accompagnement médical par un médecin de l'ASDR durant la consultation.

Fait à ……., le …… Signature :

(*) *Cochez la case correspondante*

(1) Joindre la copie recto/verso d'un justificatif d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour,...)