association de soins à domicile à La Réunion

ASDR
A l'attention du service Qualité de l'ASDR
1c rue Raymond Barre, ZAC Moulin Joli, 97419, La Possession

ACCES A UN DOSSIER PATIENT

Conformément à l'article L1111-7 alinéa 7 du Code de la Santé publique

Je soussigné(e) (nom, prénoms) : ……..……

Agissant en qualité (*) □ d'ayant droit (1) Précisez le lien avec le patient ……..……

□ de parent (2) □ de tuteur ou curateur légal (2)

Demande par la présente la communication du dossier médical :

Nom, prénoms ……

Date de naissance : …… / ……. / ……..

Motif de la demande (*) □ Connaître la cause du décès □ Défendre la mémoire du défunt

□ Faire valoir mes droits □ Autre : ……..…

Motivation de la demande :
……..…..

……..……

Je sollicite la communication de (*) □ 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 pour l'envoi de la lettre recommandée : ……..……

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 une copie recto/verso d'un justificatif d'identité, une photocopie du livret de famille et/ou du Certificat d'hérédité et/ou de l'extrait de naissance et/ou de l'acte de notoriété
(2) Joindre une copie de la pièce d'identité en recto/verso et du livret de famille ou du jugement de Tutelle/curatelle