



## Formulaire de demande de communication du dossier patient (Article L111-7 du code de la santé Publique)

• **Identité du patient**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à : .....

Adresse complète du domicile : .....

.....

Téléphone : \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_ Adresse mail : .....@.....

Suivi par l'Ophtalmologue : Docteur .....

Qualité du demandeur	Pièce(s) à joindre impérativement
<input type="checkbox"/> Patient	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto et verso)
<input type="checkbox"/> Ayant droit	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto et verso) de l'ayant droit Copie du livret de famille Copie de l'acte de décès
<input type="checkbox"/> Tuteur	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du patient concerné (recto et verso) Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur (recto et verso) Copie du jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du patient concerné (recto et verso) Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur (recto et verso) Copie du livret de famille Copie du document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale, en cas de divorce

• **Identité de la personne titulaire du dossier patient demandé** (à renseigner si différent du demandeur)

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

• **Mode de communication du dossier patient**

- Réception d'une copie à votre domicile par courrier, à vos frais (envoi d'une enveloppe préimbrée pour un poids de 20gr/100gr).
- Envoi du dossier par l'intermédiaire de Doctolib, Lifem.
- Sur place, sur rendez-vous, contre signature.

**Formulaire + pièce(s) justificative(s) à envoyer ou présenter :**

- **Par mail à [cabinet.montaignu@ophtalliance.fr](mailto:cabinet.montaignu@ophtalliance.fr) ou**

**Par voie postale à l'adresse : Cabinet d'ophtalmologie Ophtalliance- 22 B rue du 08 Mai 1945 85600 MONTAIGU**

Fait à .....

Le .....

Signature du demandeur :