

## 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<br>Copie du livret de famille<br>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)<br>Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur (recto et verso)<br>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)<br>Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur (recto et verso)<br>Copie du livret de famille<br>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.saint-nazaire@ophtalliance.fr](mailto:cabinet.saint-nazaire@ophtalliance.fr) ou
- Par voie postale à l'adresse : Cabinet d'ophtalmologie Ophtalliance  
41 Boulevard de l'Université 44600 SAINT NAZAIRE

Fait à ..... Le .....  
 Signature du demandeur :