



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"/> 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 : (Merci de cocher la case correspondante)

- 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, ou de la messagerie sécurisée Lifem.
- Envoi du dossier à votre nouvel Ophtalmologue : Docteur
Adresse :
- Au cabinet de votre ophtalmologue, sur rendez-vous, en ayant préalablement envoyé le formulaire complété et vos pièces justificatives.

Formulaire + pièce(s) justificative(s) à envoyer :

- Par mail à contact@ophtalliance.fr
- Par mail directement au secrétariat de votre ophtalmologue dont l'adresse se trouve en haut à droite d'une de vos ordonnances
- Par voie postale à l'adresse suivante : Assistant de Direction de l'Institut Ophtalmologique de l'Ouest Clinique Jules Verne 2/4 route de Paris 44300 NANTES.

Fait à Le

Signature du demandeur :