

7 avenue Henri Barbusse - 93150 LE BLANC MESNIL  
Tél : 01 45 91 65 50 --- Poste 65.50 en interne  
Fax : 01 48 65 44 57  
[hopital-prive-de-la-seine-saint-denis-le-blanc-mesnil.ramsaygds.fr](http://hopital-prive-de-la-seine-saint-denis-le-blanc-mesnil.ramsaygds.fr)

Le Blanc-Mesnil, le ...../...../.....

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande d'accès au dossier médical.

Afin de répondre au mieux à vos besoins, nous vous remercions de remplir le formulaire ci-joint et de nous le renvoyer accompagné des pièces justificatives suivantes :

**1/ Joindre à votre demande les documents suivants :**

Demandeur	Pièces à fournir
<i>Majeur capable</i>	- Copie de votre pièce d'identité (recto verso)
<i>Personne titulaire de l'autorité parentale</i>	- Copie d'une pièce d'identité (recto-verso) - Copie de la pièce d'identité du mineur (recto verso) - Copie du livret de famille - En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales
<i>Représentant légal d'un majeur sous tutelle</i>	- Copie de votre pièce d'identité (recto verso) - L'ordonnance du juge des tutelles
<i>Ayant droit d'une personne décédée</i>	- Copie de votre pièce d'identité (recto verso) - Copie d'un document attestant de votre qualité d'ayant droit (acte notarié, acte d'état civil, livret de famille) - Copie acte de décès

**2/ Adresser votre demande à l'adresse suivante :**

**Hôpital Privé de la Seine Saint Denis**  
**Secrétariat de Direction**  
**7 Avenue Henri Barbusse - 93156 LE BLANC MESNIL**

**Sans retour du formulaire dans un délai de 3 mois, votre demande sera archivée.**

Le secrétariat de direction reste à votre disposition, par téléphone au 01.45.91.65.50 ou par mail [hpssd.direction@ramsaysante.fr](mailto:hpssd.direction@ramsaysante.fr).

Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions de croire en l'expression de nos sincères salutations.

La Direction.

***Sans retour de ce formulaire au-delà de 3 mois, votre demande sera considérée comme sans suite et sera donc archivée.  
La procédure devra être recommencée. Formulaire/ pièces justificatives***

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER D'HOSPITALISATION

*Formulaire à nous retourner, accompagné des pièces mentionnées page 1*

Je soussigné(e) M/Mme/Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : ..... À : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

☐ Demande la communication de mon dossier d'hospitalisation :

OU

☐ Demande la communication du dossier d'hospitalisation d'un tiers :

Nom : .....

Prénom : .....

Né (e) le : .....

À : .....

Période(s) d'hospitalisation dans notre établissement :

Du : .....

Au : .....

Du : .....

Au : .....

En ma qualité de :

☐ Titulaire de l'autorité parentale

☐ Représentant légal d'un majeur sous tutelle

☐ Ayant droit d'une personne décédée

*Dans ce cas, précisez votre lien de parenté : .....*

*Précisez le motif de votre demande :*

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir mes droits

Ma demande concerne :

☐ L'ensemble des pièces du dossier d'hospitalisation

☐ Le Compte-rendu d'hospitalisation

☐ Le Compte-rendu des examens complémentaires, précisez lesquels : .....

☐ D'autres documents, précisez : .....

Et je souhaite :

☐ Consulter ce dossier sur place.

Si oui, désirez-vous :

☐ Etre accompagné par un médecin de l'établissement

☐ Retirer une copie des documents qui vous seront présentés.

*La clinique vous contactera pour fixer un rendez-vous.*

☐ Qu'une copie de ce dossier me soit adressée à l'adresse suivante :

.....  
☐ Qu'une copie de ce dossier soit adressée à un médecin désigné par mes soins, précisez son nom et son adresse :

Docteur .....

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

*Sans retour de ce formulaire au-delà de 3 mois, votre demande sera considérée comme sans suite et sera donc archivée.*

*La procédure devra être recommencée. Formulaire/ pièces justificatives*