

Nom et Prénom

Adresse

CCP VILLE

Tel :

Mail

Ville, le date

Nom et prénom du professionnel

Adresse

CCP VILLE

Objet : Accès au dossier de soin de
Lettre recommandée avec AR

Madame, Monsieur

Dans le cadre de la défense de mes intérêts et conformément à l'article L.1111-7 du code de la santé publique, je vous prie de bien vouloir me transmettre une copie du dossier de soin me concernant.

Ce dossier devra comporter le nombre de séances effectuées et une synthèse portant sur ma prise en charge.

En outre, conformément à la loi, ce dossier devra m'être adressée dans un délai de 8 jours à réception du présent courrier.

Au-delà de ce délai, je me verrais dans l'obligation de saisir la CADA et d'en informer l'ARS de la région.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature