

I – IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Né(e) le.....

Domicilié(e) à

.....

Numéro de téléphone

Agissant en tant que :

- ☐ Patient
☐ Représentant légal (tuteur)
☐ Ayants droit, préciser :
☐ Médecin mandaté par le patient, le tuteur ou les ayants droit

Motif de la demande de communication (uniquement pour les ayants droit)

- ☐ Connaître les causes de la mort
☐ Défendre la mémoire du défunt¹
☐ Faire valoir mes droits¹

¹ Précisez **obligatoirement** quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

II – IDENTITE DU PATIENT CONCERNE

Nom : Prénom :

Né(e) le

N° de sécurité sociale :

III – DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS

Renseignements facilitant la recherche du dossier : date d'hospitalisation, service(s) d'hospitalisation, nom du (des) médecin(s) hospitalier(s)

.....
.....
.....

Le demandeur est informé que :

- Les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications. Le médecin pourra donc parfois souhaiter que leur communication s'effectue avec des précautions particulières, en conformité avec ses obligations déontologiques
- Que les documents transmis seront photocopiés (l'établissement étant dépositaire des originaux)
- Qu'il aura à supporter l'ensemble des frais liés aux procédures de recherche, de photocopies, de reprographie et de communication de ce dossier médical
- Que les documents seront transmis après réception du chèque libellé à l'ordre de l'établissement et adressé à la direction de l'établissement
- Que la communication sera effectuée sous 8 jours ouvrés suivant la date de réception de la demande pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens (la loi prévoit 2 jours de réflexion pendant lesquels le dossier ne peut pas être communiqué).

IV - SELON LES MODALITES SUIVANTES :

- ☐ A m'envoyer en lettre recommandée avec accusé de réception à mon adresse
- ☐ Envoi en lettre recommandée avec accusé de réception au Docteur : (nom, prénom, adresse)
-
- ☐ A me remettre en mains propres, sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service)
- ☐ A consulter sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service). Dans ce cas, je souhaite être assisté(e) par un médecin ☐oui ☐non

Le présent formulaire dûment rempli et signé, **doit être accompagné,**

Pour le patient demandeur	- copie de la pièce d'identité
Pour les représentants légaux d'un majeur sous tutelle	- copie d'une pièce d'identité du patient concerné par la demande - copie du jugement leur confiant la tutelle,
Pour les ayants droit d'un patient décédé	- copie d'une pièce d'identité du demandeur - copie du livret de famille ou de l'acte de naissance ou tout document attestant de la qualité d'ayants droit - copie de l'acte de décès
Pour le médecin mandaté	- la copie d'une pièce d'identité du patient concerné par la demande - la copie d'une pièce d'identité du demandeur - tout document permettant de justifier du mandat

La demande est à envoyer à la Direction. Dès réception par l'établissement du formulaire et des pièces jointes, la préparation des documents sera organisée et l'avis de prépaiement du forfait de 15 euros vous sera transmis.

Nom et prénom du demandeur :

Date de la demande :

Signature du demandeur :