

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX
RELATIFS A UN PATIENT DECEDE**

(articles L.1111.7 et R.1111.1 à R.1111.8 du Code de la santé publique)

Je soussigné(e) : Nom : Prénom(s) :

Domicilié(e) :

.....

Demande suite au décès de : Nom : Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... A :

Renseignements en vue de la recherche du dossier

Date d'hospitalisation du/...../..... au :/...../.....

Service d'hospitalisation : Nom du médecin :

N° d'identification du dossier (si vous le connaissez) :

Dont je suis le (précisez le lien de parenté avec le défunt ou votre qualité d'ayant droit) :

A obtenir (si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant) la communication :

des informations médicales permettant de connaître les causes de la mort du défunt.

ou

des informations médicales permettant de défendre la mémoire du défunt.

ou

des informations médicales permettant de faire valoir mes droits :

succession

droit à pension

droit à assurance

réparation d'un préjudice, à préciser :

Pour les raisons suivantes :

.....

.....

Selon l'une des modalités suivantes :

A m'envoyer en L.R.A.R. à mon adresse (indiquée ci-dessus)

ou

A me remettre en mains propres, sur place à l'établissement. (prendre rendez-vous avec le service).

ou

A consulter sur place à l'établissement. (prendre rendez-vous avec le service). Dans ce cas, je souhaite être assisté par un médecin : **Oui** **Non**

Le demandeur est informé :

- que l'établissement n'est pas autorisé à transmettre l'intégralité du dossier médical compte tenu du critère finaliste qui préside à la communication du dossier.
Ne sont donc communicables que les éléments de nature à apporter la (les) réponse(s) à sa question.
Un certificat médical pourra cependant lui être délivré, dans le respect du secret médical.
- que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- qu'il aura à supporter l'ensemble de frais liés aux procédures de recherches, de photocopies, de reprographies et de communication de ce dossier médical (voir tarifs ci-dessous).
- 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 dans les 8 jours suivant la date de réception de sa 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 lequel le dossier ne peut pas être communiqué).

Date de la demande :/...../.....

Signature du demandeur
**Ce document doit être adressé à la Direction de l'établissement
accompagné du paiement et des pièces suivantes :**

- **Copie recto verso de votre pièce d'identité**
- **Une attestation de filiation ou acte de notoriété (délivré par le notaire) ou certificat d'hérédité**
- **Un certificat de décès de la personne dont le dossier est demandé**

FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI DE DOCUMENTS MEDICAUX

| Nature du document demandé | Tarifs |
|--|---|
| <i>Dossier médical complet</i> | 6€ |
| <i>Envoi d'un document simple en Accusé de réception</i> | <i>Affranchissement au tarif en vigueur</i> |
| | |