

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

PAR L'AYANT DROIT D'UN PATIENT DECÉDÉ

(Article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique)

JE SOUSSIGNE(E)

NOM : Prénom :

Date de Naissance :

Téléphone : Mail :

Adresse postale précise :

.....

AYANT DROIT DE :

M./Mme (nom, prénom, nom de jeune fille)

Date de naissance : Décédé(e) le :

En ma qualité de (conjoint, enfant, frère, sœur,...) :

Demande la communication de documents médicaux établis à son nom, pour le motif suivant :

- ☐ Connaître les causes du décès
- ☐ Faire valoir un droit¹
- ☐ Défendre la mémoire du défunt²

1 et 2, précisez obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

Attention : Les médecins ne communiqueront que les éléments du dossier **répondant strictement à l'objectif poursuivi**, précisé ci-dessus.

MODALITES D'ACCES DES DOSSIERS MEDICAUX :

- ☐ Envoi de la copie des éléments du dossier à votre domicile en lettre recommandée
- ☐ Consultation sur place des éléments du dossier
- ☐ Retrait sur place
(du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h45 - Bureau des Admissions – Bâtiment des Urgences)



Délai : les dossiers de **moins de 5 ans** sont communiqués dans un délai **de 8 jours ouvrés**, ceux de **plus de 5 ans** dans un délai de **2 mois au maximum**.



PIECES JUSTIFICATIVES A PRODUIRE :

Le présent formulaire dûment rempli et signé, doit être accompagné, dans tous les cas, **de la copie d'une pièce d'identité à votre nom** à laquelle il convient d'ajouter :

- ♦ pour le conjoint survivant et enfant(s) : la copie du livret de famille
- ♦ pour les autres demandeurs :
 - *un acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d'ayant droit, ou certificat d'hérédité (pour les communes qui les délivrent)*
 - *une copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement.*

FACTURATION :

Conformément à la loi en vigueur, les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur et feront l'objet de l'envoi d'une facture après réception de la copie des pièces médicales.

Tarifs des copies :

- Copie d'une feuille de format A4 recto-verso : 0,18 €
- Frais d'expédition : Tarifs en vigueur appliqués par la Poste pour les courriers envoyés en recommandé R1 avec accusé de réception.

Fait à :

Le

Signature :