

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX SUITE A UN DECES

(Article L.1111-7 et articles R.1111-1 à R.1111-8 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) : Nom : Prénom(s) :
Domicilié(e) :
.....
Téléphone :/...../...../...../.....
Mail :

Demande suite au décès de : Nom : Prénom(s) :
Né(e) le :/...../..... A :

Renseignement facilitant 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 (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 les modalités suivantes :

- A m'envoyer en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception à mon adresse (indiquée ci-dessus) après règlement du dossier
ou
- A me remettre en main propre, sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service).
ou
- A consulter sur place à l'établissement. Dans ce cas, je serai assisté par un médecin :

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 la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de réception de sa demande complète 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 retourné à l'attention du secrétariat médical de l'établissement **complété et accompagné 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

	Tarifs
Prix unitaire d'une copie	0.20 €/page
A réception du règlement le dossier vous sera envoyé par courrier LR/AR	Selon tarif postal en vigueur

Nom des personnes désignées par le Directeur de l'établissement pour recevoir les demandes d'envoi de documents médicaux :

Nom : MARTIN Prénom : Virginie
Nom : PETIT Prénom : Stéphanie
Nom : RENOUARD Prénom : Christelle