

## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX PAR L'AYANT DROIT D'UN PATIENT DECEDE

Je soussigné,

M./Me (nom, prénom, pour les femmes mariées précisez le nom de jeune fille)

Né(e) le \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient \_\_\_\_\_

### **Ayant droit de :**

M./Me (nom, prénom, nom de jeune fille) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

### **Merci de préciser la date d'hospitalisation, le nom du service et le nom du médecin**

Du ..... au .....

Service .....

Nom du médecin.....

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

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

- Connaître les causes du décès
- Faire valoir un droit \_\_\_\_\_
- Défendre la mémoire du défunt \_\_\_\_\_
- Obtenir des informations en cas d'examens génétiques au sein d'une famille

**« Les documents communiqués seront ceux et eux seuls, qui correspondent au motif invoqué et sous réserve que le patient de son vivant ne s'y soit pas opposé. » Préciser votre question ici ou en courrier joint :**

### **Modalité de consultation souhaitée (cochez la case) :**

- Envoi postal à l'adresse du demandeur (**des frais d'envoi en recommandé avec AR vous seront facturés**)
- Consultation sur place en présence d'un médecin (*sur rendez-vous*)
- Remise sur place (à venir récupérer au bureau des relations des usagers)

### **Pièces justificatives obligatoires :**

- La copie (*recto-verso*) de la carte d'identité du demandeur (ayant droit)
- Pour le conjoint survivant et enfant(s), La copie du livret de famille
- Pour les autres demandes :
  - Acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d'ayant droit ou un certificat d'hérédité
  - Copie de l'acte de décès si le patient n'est pas décédé dans l'établissement

Ce document est à adresser, **accompagné des justificatifs**, à la Direction des usagers du Centre Hospitalier. ....  
ou par mail (direction\_des\_usagers@hopital\_XXXXXXXX.fr)

Date :

Signature