

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT DECÉDÉ

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM DE FAMILLE.....PRENOMS.....
 NOM DE NAISSANCE.....
 E-MAIL :TELEPHONE.....
 ADRESSE

 VILLE.....CODE POSTAL.....

QUALITE D'AYANT-DROIT : MERCI DE JOINDRE A VOTRE DEMANDE

<input type="checkbox"/> CONJOINT	- la copie d'une pièce d'identité (carte d'identité passeport ou permis de conduire).
<input type="checkbox"/> DESCENDANTS (enfants, petits-enfants, arrières petits- enfants)	- la copie du livret de famille (ou du certificat d'hérédité)
<input type="checkbox"/> PERE/MERE/Représentant légal d'un enfant MINEUR	- la copie de la décision du juge aux affaires familiales en cas de séparation ou de divorce.
<input type="checkbox"/> PERE/MERE	- la copie d'une pièce d'identité (carte d'identité passeport ou permis de conduire).
<input type="checkbox"/> FRERE/SŒUR	- un justificatif de votre qualité d'ayant droit (copie du certificat d'hérédité ou acte de notoriété délivré par votre notaire)
<input type="checkbox"/> AUTRES	

IDENTITE DU PATIENT DECEDE

NOM DE FAMILLE
 PRENOMS.....
 NOM DE NAISSANCE..... DATE DE NAISSANCE.....
 LIEU DE NAISSANCE..... DATE DU DECES.....
 ADRESSE

 VILLE..... CODE POSTAL.....

MOTIF DE LA DEMANDE

En qualité d'ayant-droit, **vous n'avez accès qu'aux seules informations nécessaires** à la réalisation de l'un des motifs suivants et **uniquement à ces informations** (**item obligatoire**, en application des articles R.1111.7 et L.1110-4 du Code de la Santé Publique) :

- Connaitre les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt : précisez.....
- Faire valoir ses droits : précisez
.....
.....
.....

NB : les informations demandées ne pourront pas vous être transmises si le patient s'y est opposé de son vivant (mention écrite au dossier du patient), néanmoins un certificat médical pourra vous être communiqué.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT DECÉDÉ

ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES

Afin de faciliter l'instruction de votre demande, merci de préciser :

- DATES D'HOSPITALISATION :

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

- SERVICES CONCERNES :

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

MODALITES DE COMMUNICATION SOUHAITEES

Le demandeur s'engage à régler au Centre Hospitalier les **frais de reproduction et d'envoi** des documents demandés. (Article L.1111-7 CSP /Arrêté 1^{er} octobre 2001).

RECUPERATION AU SECRETARIAT DES RELATIONS AVEC LES USAGERS (9H00-16H30)

ENVOI D'UNE COPIE : COURRIER SIMPLE COURRIER RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION

- Au demandeur
- A un médecin dans ce cas précisez :

Nom/Prénom du médecin désigné.....
Adresse.....
.....
Code postal..... Ville.....

CONSULTATION SUR PLACE SUR RENDEZ-VOUS (aucune copie ne sera effectuée sur place, envoi des copies par courrier).

Serez-vous accompagné d'un tiers ? Oui Non

Souhaitez-vous un accompagnement médical par un praticien du Centre Hospitalier de Pau ?

Oui Non

Fait à Le : Signature :

Imprimé à retourner à :
Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier de Pau - 4 boulevard Hauterive – 64046 Pau cedex
e-mail : relations.usagers@ch-pau.fr