

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

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM DE FAMILLE..... PRENOMS.....

NOM DE NAISSANCE.....

LIEU DE NAISSANCE..... DATE DE NAISSANCE.....

E-MAIL : TELEPHONE.....

ADRESSE.....
.....
.....

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

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> CONJOINT

<input type="checkbox"/> DESCENDANTS
(enfants, petits-enfants,
arrière-petits- enfants)

<input type="checkbox"/> PERE/MERE/Représentant légal d'un
enfant MINEUR | } | - la copie d'une pièce d'identité du demandeur
(carte d'identité passeport ou permis de conduire).

- la copie du livret de famille (ou du certificat d'hérédité)

- la copie de la décision du juge aux affaires familiales
en cas de séparation ou de divorce. |
| | | |
| <input type="checkbox"/> PERE/MERE

<input type="checkbox"/> FRERE/SŒUR

<input type="checkbox"/> AUTRES | } | - la copie d'une pièce d'identité du demandeur
(carte d'identité passeport ou permis de conduire).

- un justificatif de votre qualité d'ayant droit
(copie du certificat d'hérédité ou acte de notoriété délivré
par votre notaire) |

IDENTITE DU PATIENT DECEDE

NOM DE FAMILLE

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/EXAMENS :

.....

.....

SERVICES CONCERNES :

.....

.....

MODALITES DE COMMUNICATION SOUHAITEES

La première demande de dossier médical est délivrée à titre gracieux.

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

Envoi d'une copie :

Courrier Simple Courrier recommandé avec accusé de réception

Au demandeur

A un médecin dans ce cas préciser

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 :
Centre Hospitalier de Pau - Service des Relations Usagers
4 boulevard Hauterive – 64046 Pau cedex
e-mail : relations.usagers@ch-pau.fr