CENTRE HOSPITALIER DE PAU
Siège de la Communauté Hospitalière de Territoire Béarn et Soule

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

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM DE FAMILLE…… PRENOMS…….....

NOM DE NAISSANCE…….....

LIEU DE NAISSANCE…… DATE DE NAISSANCE……

E-MAIL:**(*)** …… TELEPHONE……
Obligatoire pour la transmission des éléments via le lien sécurisé

ADRESSE……
……
……
CODE POSTAL : …… VILLE : ……

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

☐ CONJOINT

☐ DESCENDANTS (enfants, petits-enfants, arrières petits- enfants)

☐ 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.

☐ PERE/MERE

☐ FRERE/SŒUR

☐ 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 : .....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.

Conformément à la loi française (article 27 de la Loi n°78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit D'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données que nous pourrions être amenés à recueillir.

CENTRE HOSPITALIER DE PAU
Siège de la Communauté Hospitalière de Territoire Béarn et Soule

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

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.

☐ **Par messagerie avec un lien sécurisé (*)**

☐ Autres :

À préciser : ……

☐ **Consultation sur place** sur rendez-vous

Fait à : …… Le : …… Signature :

Imprimé à retourner à:
Centre Hospitalier de Pau - Service des Relations Usagers
4 boulevard Hauterive – 64046 Pau cedex
Téléphone : 05.59.92.49.15
E-mail: relations.usagers@ch-pau.fr

Conformément à la loi française (article 27 de la Loi n°78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données que nous pourrions être amenés à recueillir