

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UNE PERSONNE DECEDEE POUR UN AYANT-DROIT.**

**DEMANDEUR :**

Mme  M. **Nom d'usage** : ..... **Nom de naissance** : ..... **Prénom** : .....  
**Demeurant** : ..... **Code Postal** : ..... **Commune** : .....  
**N° de téléphone** : ..... **N° de portable** : .....

**IDENTITE DE LA PERSONNE DECEDEE**

Mme  M. **Nom d'usage** : ..... **Nom de naissance** : ..... **Prénom** : .....  
**Ayant demeuré à** : ..... **Code Postal** : ..... **Commune** : .....  
**Date de Naissance** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Précisez votre qualité d'ayant-droit** : .....

**MOTIF DE LA DEMANDE**

(En application de l'article L.1110-4 du Code de la Santé, le motif est obligatoire et permet de faciliter la gestion de votre demande)

- Faire valoir mes droits, précisez lesquels : .....
- Connaître les causes du décès.
- Défendre la mémoire du défunt, précisez quel(s) motif(s) : .....

☛ **Important** : Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 03 Janvier 2007), **seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical, vous permettant de répondre au(x) motif(s) invoqué(s) ci-dessus.**

**PRISE(S) EN CHARGE CONCERNEE(S)**

- **SÉJOUR(S) HOSPITALIER(S) - DATE(S)** : .....
- **CONSULTATION(S) - DATE(S)** : .....
- **SERVICE(S) CONCERNE(S)** : .....

**SELON LES MODALITES SUIVANTES**

- Retrait sur place à l'Hôpital auprès du service des Affaires Juridiques et Relations Usagers.
- Envoi postal (à vos frais au tarif réglementaire : art L.1111-7 du CSP) à Mme/M. (Nom – Prénom - Adresse) : .....
- Envoi postal à un médecin de votre choix (Mandat – Arrêté du 05 Mars 2004) :  
A : Mme/M. le Docteur : .....  
Adresse : .....
- Consultation sur place en présence d'un Médecin Hospitalier de votre choix (possibilité d'être accompagné par une personne de votre choix) – Nom /Prénom du médecin – Service : .....

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_.

**Signature du Demandeur :**

**Joindre impérativement :**

- Copie d'un Justificatif d'identité.
- Copie du livret de famille (pour justifier la qualité d'ayant-droit).
- ou Copie d'un certificat d'hérédité.

Demande réceptionnée et déclarée complète le : ---/---/----.(réservé administration hospitalière).

## ATTESTATION DE REMISE EN MAINS PROPRES AU DEMANDEUR

Je soussigné(e), Mme/M.-----, atteste avoir reçu ce jour en mains propres la copie des éléments :

Du dossier médical de (Nom/Prénom du/de la Patient(e)) : -----

Châlons-en-Champagne, le ---/---/2----.

Signature :

## MANDATEMENT

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

### RESERVE A L'ADMINISTRATION DU CENTRE HOSPITALIER POUR LE CALCUL DES COUTS

	<u>Nombre d'exemplaires :</u>	<u>TOTAUX</u>
Documents papiers A4 (0,18 € l'unité).	Nb -----X 0.18 €	-----€-----
Radiographies (2,25 € l'unité).	Nb -----X 2.25 €	-----€-----
CD ROM / DVD ROM (3.50 € l'unité).	Nb -----X 3.50 €	-----€-----
Frais d'expédition (envoi en recommandé avec avis de réception).	Nb de pli (s) -----X ----- €	-----€-----
<b>TOTAUX</b>		-----€-----

Photocopies/envoi ne donnant pas lieu à facturation (Cause : Contentieux / expertise judiciaire relevant d'une PEC Hospitalière ....).

Facturation éditée le : -----/-----/20-----.

CACHET DU SERVICE :