

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR UN AYANT DROIT

PATIENT

NOM :

PRENOM :

DEMANDEUR :

NOM :

PRÉNOM :

LIEN DE PARENTÉ :

TELEPHONE :

Adresse mail :

Joindre : un justificatif d'identité (photocopie recto- verso d'une pièce d'identité).
un justificatif d'ayant droit

MOTIF DE LA DEMANDE A PRÉCISER OBLIGATOIREMENT -Conformément à l'arrêté du 5 mars 2004 :

- Exercice de vos droits,
- Défense de la mémoire du défunt,
- Connaissance des causes du décès.

ELEMENTS DU DOSSIER MEDICAL :

- hospitalisation du _____ au _____
- hospitalisation du _____ au _____
- hospitalisation du _____ au _____
 - Compte-rendu d'hospitalisation,
 - Compte-rendu opératoire,
 - Autre (préciser) :

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER :

- CONSULTATION SUR PLACE, ASSISTEE D'UN MÉDECIN
(en cas de refus, le préciser).

- ENVOI PAR COURRIER DU DOSSIER MEDICAL AU DEMANDEUR**
Frais à votre charge : 0,32 € par copie effectuée, conformément à l'arrêté du 5 mars 2004.

- ENVOI A UN MEDECIN / préciser ses coordonnées :
Frais à votre charge : 0,32 € par copie effectuée, conformément à l'arrêté du 5 mars 2004.

Nous vous recommandons alors de limiter votre demande à la communication des comptes-rendus d'hospitalisation et pièces essentielles.

Date :

Signature :

Attention ! Nous vous rappelons que ces informations sont strictement personnelles, et de prendre toutes les précautions que vous jugerez utiles, notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, etc.).