

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX SUITE A UN DECES

(Article L.1111-7 et articles R.1111-1 à R.1111-8 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) : Nom : Prénom(s) :
Domicilié(e) :
.....
Téléphone :/...../...../...../.....
Mail :

Demande suite au décès de : Nom : Prénom(s) :
Né(e) le :/...../..... A :

Renseignement facilitant la recherche du dossier

Date d'hospitalisation du/...../..... au :/...../.....
Service d'hospitalisation : Nom du médecin :
N° d'identification du dossier (si vous le connaissez) :

Dont je suis (précisez le lien de parenté avec le défunt ou votre qualité d'ayant droit) :

A obtenir (si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant) la communication :

☐ Des informations médicales permettant de connaître les causes de la mort du défunt.

ou

☐ Des informations médicales permettant de défendre la mémoire du défunt.

ou

☐ Des informations médicales permettant de faire valoir mes droits :

☐ Succession

☐ Droit à pension

☐ Droit à assurance

☐ Réparation d'un préjudice, à préciser :.....

Pour les raisons suivantes :.....

.....

.....

Selon les modalités suivantes : par défaut le/les documents seront envoyés via une messagerie sécurisée sinon merci d'indiquer le mode de remise des documents souhaité

☐ A m'envoyer en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception à mon adresse (indiquée ci-dessus)

ou

☐ A me remettre en main propre, sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service).

ou

☐ A consulter sur place à l'établissement. Dans ce cas, je serai assisté par un médecin :

Le demandeur est informé:

- Que l'établissement n'est pas autorisé à transmettre l'intégralité du dossier médical compte tenu du critère finaliste qui préside à la communication du dossier. Ne sont donc communicables que les éléments de nature à apporter la (les) réponse(s) à sa question. Un certificat médical pourra cependant lui être délivré, dans le respect du secret médical.
- Que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- Que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de réception de sa demande complète pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens (la loi prévoit 2 jours de réflexion pendant lequel le dossier ne peut pas être communiqué).
- Que la 1^{ère} mise à disposition est gratuite

Date de la demande :/...../..... Signature du demandeur :

Ce document doit être retourné à la Direction de l'établissement complété et accompagné des pièces suivantes :

- Copie recto verso de votre pièce d'identité
- pour le/la conjoint(e) : copie du livret de famille
- pour les ascendants ou descendants directs (parents ou enfants) : copie de l'acte de naissance ou du livret de famille
- pour les ascendants ou descendants collatéraux (oncles, tantes, neveux, cousins etc) : acte de notoriété (délivré par le notaire) afin de s'assurer de la qualité d'ayant droit
- Un certificat de décès de la personne dont le dossier est demandé

Nom de la personne désignée par le Directeur de l'établissement pour recevoir les demandes d'envoi de documents médicaux :

Nom : HOTOLEAN

Prénom : Chrystelle

Adresse : Hôpital Privé Drôme Ardèche - 294 bd Charles de Gaulle - 07500 GUILHERAND-GRANGES