



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL POUR PATIENT DECEDE

Je soussigné(e) : Mme Mlle Mr

NOM :NOM de jeune fille.....
Prénom :Date de naissance :
Domicilié(e) :
.....TEL :

Souhaite obtenir la communication :

Du dossier médical de
NOM :NOM de jeune fille.....
Prénom :Date de naissance :
Domicilié(e) :
.....
Dont je suis ayant droit.

***En application du code de la Santé Publique et en particulier de la loi du 4 mars 2002, je communique les pièces cochées dans la liste suivante :

- Photocopie de la pièce d'identité du demandeur
 Certificat justifiant la qualité d'ayant droit du patient décédé concerné par le dossier (photocopie du livret de famille, acte de mise sous tutelle, certificat d'hérédité, etc...)

***Je précise :

Les motifs de la demande :
 Pour connaître les causes du décès Pour faire valoir des droits(1) Pour défendre la mémoire(1)
(1) Motivation de la demande obligatoire.....

(merci de fournir les éléments en votre possession pour étayer la demande et faciliter le travail des équipes en charge de trier les pièces nécessaires)

Rappel : les ayants droits ne peuvent obtenir que les informations nécessaires à la réalisation de l'un des objectifs ci-dessus référencés. Il ne peut y avoir de communication du dossier complet.

***Je vous demande la communication du dossier selon les modalités suivantes (cocher votre choix et joindre le règlement) :

- Soit consultation du dossier au centre hospitalier d'AUBAGNE, à titre gracieux, sous réserve de la non remise de toute copie, auquel cas les frais détaillés ci-après seraient appliqués.
 Soit transmission de la copie du dossier médical par courrier recommandé avec accusé de réception, sous réserve du paiement préalable par chèque libellé à l'ordre de « Régie Recettes CH Edmond Garcin » de la somme de 17,50€ pour un dossier sans radiographie.
 Soit transmission de la copie du dossier médical par retrait au centre hospitalier sous réserve du paiement préalable par chèque libellé à l'ordre de « Régie Recettes CH Edmond Garcin » de la somme de 6,80 € pour un dossier sans radiographie.

Le règlement par mandat cash n'est pas accepté.

J'ai été informé(e) sur le fait qu'aucune copie ne sera transmise ou adressée sans paiement préalable des frais de reproduction et, éventuellement, d'envoi détaillés ci-dessus, et que le chèque sera mis à l'encaissement lors de la remise ou de l'envoi.

TOUT FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL MAL RENSEIGNE NE SERA PAS TRAITE

(*** renseignements obligatoires)

Date :/...../..... Signature :

Ce document est à envoyer à : Mr le Directeur du Centre Hospitalier Edmond Garcin
179 Avenue Sœurs Gastine -
BP 61360 -13677 AUBAGNE Cedex