

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL (PATIENT DECÉDÉ)

Je soussigné(e) : ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Mr
 NOM : NOM de jeune fille.....
 Prénom : Date de naissance :
 Domicilié(e) :
 TEL :

Je 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 modalités de paiement détaillées ci-après seraient appliquées.
☐ Soit transmission de la 1^{ère} copie du dossier médical par :
☐ retrait au Centre Hospitalier ou ☐ courrier recommandé avec accusé de réception, à titre gratuit.
☐ Soit transmission d'une 2^{ème} copie 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 7,14 € pour un dossier sans radiographie.
☐ Soit transmission de la 2^{ème} 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 18,38€ pour un dossier sans radiographie.

Le règlement par mandat cash n'est pas accepté.

J'ai été informé(e) sur le fait que dans le cadre d'une deuxième demande, 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.

LES FORMULAIRES DE DEMANDE INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITES

(* renseignements obligatoires)**

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

Ce document est à envoyer à : Me la Directrice du Centre Hospitalier Edmond Garcin 179 Avenue Soeurs Gastine -BP 61360 -13677 AUBAGNE Cedex

DIRECTION

179, avenue des sœurs Gastine – BP 61360 – 13677 AUBAGNE Cedex

- 04 42 84 70 02 – direction@ch-aubagne.fr - www.ch-aubagne.eu –