

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT DECÉDÉ

Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, pour les personnes mariées précisez le nom de naissance)

.....

Né(e) le à

Domicilié(e).....

.....

Téléphone : E-mail :

Demande l'accès au dossier médical de M/Mme

.....

Né(e) le à

En qualité de :

- Ayant-droit de la personne décédée (ayant-droit = héritier) ¹
- Concubin(e) ²
- Partenaire d'un PACS ³

 Aucune information ne peut être délivrée aux proches dans le cas où le patient s'y est opposé formellement de son vivant (article L.1110-4 V du code de la santé publique).

Je souhaite (réponse obligatoire, un ou plusieurs choix possibles) :

- connaître les causes du décès
- faire valoir des droits. Préciser :
- défendre la mémoire du défunt. Préciser :

 Si votre demande n'est pas motivée par l'un de ces choix, elle ne pourra pas aboutir. Par ailleurs, seules les pièces qui concourent à la poursuite de l'objectif indiqué sont communicables (cf Conseil d'Etat, 26/09/05)

Ma demande concerne le(s) séjour(s) du (information permettant une recherche plus rapide):

.....
.....
.....

¹ Justifier de la qualité d'héritier (livret de famille, acte de notoriété, certificat d'hérédité...)

² Joindre un certificat de vie commune ou attestation sur l'honneur signée par les deux concubins.

³ Joindre une copie du PACS

Je souhaite (choix unique):

- consulter sur place les documents médicaux : avec copies ⁴ sans copies
 obtenir par voie postale la copie des documents médicaux ⁵



En cas de consultation sur place

L'équipe médicale du centre hospitalier préconise la consultation du dossier sur place en présence d'une tierce personne qu'elle désignera dans le but de vous fournir toutes les explications que vous pourriez souhaiter.

Le secrétariat médical organisera un rendez-vous pour la consultation. Une pièce d'identité devra être présentée lors de ce rendez-vous.

Je souhaite la présence d'un médecin lors de la consultation de mes documents médicaux :

- Oui. Nom du médecin désigné (*facultatif. A défaut, l'établissement en désignera un*) :
.....
 Non



En cas de demande de copie de pièces

Ces documents doivent être adressés (*choix unique*) :

- à mon domicile
 à l'adresse suivante ou au médecin suivant :
.....

Pièces à fournir :

- Pièce d'identité
- Extrait de l'acte de décès du patient
- Document(s) attestant de votre qualité d'ayant droit ou concubin ou partenaire PACS (cf. page précédente)

Date et signature :

Document et pièces jointes à adresser au centre hospitalier de Cadillac, Direction des Usagers, CS 10089, 89 rue Cazeaux Cazalet 33410 CADILLAC ou par messagerie à l'adresse direction.usagers@ch-cadillac.fr

⁴ Les frais de reproduction sont à la charge du demandeur (cf article L.1111-7 du code de la santé publique). En cochant cette case, vous vous engagez à régler les frais correspondants : 0,05 €/copie au-delà de 20 copies à l'exception d'une première demande.

⁵ Les frais d'envoi et de reproduction sont à la charge du demandeur sauf si première demande (cf. article L.1111-7 du code de la santé publique). En cochant cette case, vous vous engagez à régler les frais correspondants : 0,05 €/copie au-delà de 20 copies + frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception