



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UNE PERSONNE DECEDEE

• Identité et qualité du demandeur :

Je soussigné(e),.....(Nom et Prénom du demandeur)

Précisez votre qualité d'ayant droit :

Né(e) le/...../.....à.....

Demeurant à.....

Téléphone.....

• Identité du patient décédé :

Nom :*Nom de jeune fille* :

Prénom :

Né(e) le/...../.....

• Motif de la demande :

(Conditions d'accès énumérées à l'article L 1110-4 du Code de santé publique)

☐ Faire valoir un de vos droits

Précisez lequel :

☐ Connaître les causes du décès du patient

☐ Défendre la mémoire du défunt

Motif :

• Mode de communication du dossier médical :

☐ **consultation** au Centre Hospitalier de Moze

☐ **édition d'un duplicata (facturé)** du dossier médical :

☐ qui vous sera remis par voie postale

☐ que vous viendrez directement chercher au secrétariat médical de l'Hôpital de Moze

☐ qui sera remis par voie postale au médecin de votre choix

Nom :Adresse :

Pièce d'identité produite : ☐ Carte nationale d'identité n° _____ ☐ Passeport n° _____ ☐ Permis de conduire n° _____	Fournir impérativement une pièce justifiant de la qualité d'ayant droit : ☐ Acte de notoriété (demande auprès d'un notaire ou des bureaux de l'Etat Civil) ☐ Extrait d'acte de naissance / livret de famille ☐ Certificat d'hérédité
--	--

• **Accès au dossier médical :**

Conformément à la réglementation en vigueur, seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif que vous aurez invoqué à l'appui de votre demande.

A,
 Le/...../.....
 Le demandeur
(Nom, prénom)
 Signature

FACTURATION DES COPIES DE DOSSIERS MEDICAUX : 0,20 euros par page
 FACTURATION DES EXPEDITIONS POSTALES : Tarif postal en courrier recommandé avec accusé de réception (R2).
Un paiement pourra être demandé avant remise des copies ou expédition postale