

**AYANT DROIT DEMANDANT LE DOSSIER MEDICAL  
D'UN PATIENT DECEDE**

**A COMPLETER :**

✧ **Identité du patient décédé :**

NOM et Prénom : .....

NOM de jeune fille le cas échéant : .....

Date et Lieu de naissance : .....

Date du décès : .....

Le ou les services dans le(s)quel(s) le patient a été hospitalisé et la date des soins :

.....

.....

Nom du médecin : .....

✧ **Identité de l'ayant droit :**

NOM et Prénom : .....

NOM de jeune fille le cas échéant : .....

Date et Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

N°téléphone : .....

Lien de parenté avec le patient décédé : .....

**A FOURNIR PAR L'AYANT DROIT :**

- ✓ La photocopie recto / verso de votre carte d'identité,
- ✓ Un justificatif de votre qualité d'ayant droit (photocopie du livret de famille pour les descendants, ascendants et conjoints vivants, certificat d'hérédité ou acte notarié pour les autres...).
- ✓ La photocopie du certificat de décès du défunt

**INDIQUER LE OU LES MOTIFS DE VOTRE DEMANDE (OBLIGATOIRE)\* :**

Faire valoir vos droits

Précisez : .....

Défendre la mémoire du défunt

Précisez : .....

Connaître les causes de la mort

Précisez : .....

**\* NB : Les ayants droit n'ont accès qu'aux seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par eux, à savoir la connaissance des causes de la mort, la défense de la mémoire du défunt ou la protection de leurs droits. Seuls les éléments du dossier médical répondant au(x) motif(s) invoqué(s) seront communiqués au demandeur (Circulaire du 21 Août 2009).**

**AYANT DROIT DEMANDANT LE DOSSIER MEDICAL  
D'UN PATIENT DECEDE**

↳ **Précisez les modalités de transmission des informations nécessaires à la réalisation de votre objectif :**

**Consulter sur place les documents contenant ces informations, dans le cadre d'une consultation médicale** et éventuellement remise de copies.

**Recevoir une copie de ces documents :**

**A votre domicile** par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception (*Attention* : un envoi recommandé peut ne pas être remis en mains propres).

**Au Cabinet du médecin traitant** de votre choix :

- Docteur : ..... Téléphone : .....
- Adresse : .....

**Récupérer la copie des documents** contenant les informations nécessaires à la réalisation de votre objectif, **dans le service :**

- Par vous-même
- Par une personne mandatée par vos soins :  
NOM : ..... Prénom : .....

**Dans ce cas exceptionnel, la personne désignée devra disposer d'une procuration justifiée et signée par vous et devra présenter une pièce d'identité.**

**Nous attirons votre attention sur  
le caractère personnel et confidentiel des informations  
qui seront communiquées.**

**Date :**

**Signature :**

**Merci de retourner cet imprimé à l'adresse suivante :**

L'Hôpital du Gier

A l'attention de M. le Directeur

19 rue Victor Hugo – 42400 SAINT CHAMOND

*Des frais de copies vous seront facturés au tarif de 0,20 € par photocopie, 3,20 € par contretypage de radiologie, 3,10 € par copie de CD additionnés de 5,20 € correspondants aux frais d'envoi en recommandé, le cas échéant.*