

## DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE

Conformément aux dispositions des articles L.1110-4 et L.1111-7 du Code de la santé publique, les ayants droit n'ont pas accès à l'intégralité du dossier médical du patient mais aux seuls éléments leur permettant de satisfaire l'un ou plusieurs des objectifs visés par la loi.

### Identité du demandeur ayant-droit

Madame, Monsieur (*barrez la mention inutile*)

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### Qualité (et pièces à fournir) :

Conjoint  Enfant

- > pièce d'identité en cours de validité
- > copie du livret de famille ou certificat d'hérédité (*délivré en mairie*)
- > copie acte de décès

Père - Mère  Frère - Soeur **Autre :** .....

- > pièce d'identité en cours de validité
- > un acte de notoriété prouvant votre qualité d'ayant droit (*délivré par un notaire*)
- > copie acte de décès

- Site de Juvisy/Orge
- Site de Longjumeau
- Site d'Orsay

### • Service(s) concerné(s)

.....  
.....

### • Période(s) d'hospitalisation

.....

### Motifs de la demande

Faire valoir vos droits (*pension, assurance, réparation d'un préjudice*)

*Précisez\*\* :* .....

Connaître les causes du décès du patient

*Précisez\*\* :* .....

Défendre la mémoire du défunt

*Précisez\*\* :* .....

L'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique conditionne l'accès du dossier médical du défunt à l'un de ces 3 motifs.

### Identité du patient décédé

Madame, Monsieur (*barrez la mention inutile*)

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom ..... Date de naissance ...../...../.....

### Modalités de communication

Je souhaite :

La consultation du dossier à l'hôpital avec ou sans accompagnement médical (*sur rendez-vous*) et éventuellement avec remise de copies\*

Le retrait du dossier au service de la patientèle\* (*sur rendez-vous*)

L'envoi postal à mon domicile\*

L'envoi postal à un médecin que je désigne :

Nom ..... Prénom .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

Médecin traitant  Autre médecin, préciser : .....

\* Conformément aux dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, la communication de ces documents peut vous être facturée.

- Photocopie : 0.23€ la page
- Contretype de cliché d'imagerie : 1€
- Recommandé avec avis de réception (tarifs postaux en vigueur)

Pour toute demande dont le montant total des frais (*reproduction et envoi en lettre RAR*) est inférieur à 10€, il n'y aura pas de facturation.

\*\* Mention obligatoire.

### Confidentialité des informations contenues dans le dossier médical :

Les informations que vous allez détenir présentent un caractère strictement personnel. C'est pourquoi il est recommandé de faire preuve de la plus grande prudence à l'égard de tiers qui souhaiteraient en obtenir la communication.

Date de la demande ...../...../.....

Signature