

Formulaire de communication de dossier médical

Pour l'ayant droit d'un patient décédé

Identité du patient décédé :

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Service(s) concerné(s) :

Identité de l'ayant droit :

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Lien de parenté avec le patient :

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Merci de fournir :

- Une photocopie de votre pièce d'identité et un justificatif de domicile
- Un certificat d'hérédité ou un acte notarié

Motif de la demande (veuillez cocher la case de votre choix)

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

↳ Motivation de la demande **obligatoire** :

Faire valoir un droit (droit successoral, assurance...)

↳ Motivation de la demande **obligatoire** :

Les ayants droits du patient décédé peuvent accéder à son dossier médical sauf s'il a exprimé un refus en ce sens de son vivant. De plus, l'accès ne concerne que les pièces strictement nécessaires à faire valoir leurs droits, à la défense de la mémoire du défunt ou à la compréhension des causes du décès (article L1111-4 du Code de la Santé Publique). La notion d'ayant droit désigne les successeurs légaux du défunt conformément aux dispositions du Code Civil, tels que les conjoints successible, les enfants descendants ou les pères et mères.

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 communication de l'entier dossier médical.

Modalités de communication des éléments du dossier médical (veuillez cocher la case de votre choix)

- Consultation de pièces autorisées sur place avec possibilité d'un accompagnement médical.
- Envoi de pièces autorisées à mon domicile, sous pli recommandé, à mes frais.

Frais de reproduction du dossier

La consultation sur place est gratuite

La récupération du dossier sur place est possible

Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur :

Prix unitaire de la photocopie A4	0,19 €
CD-rom	2,75 €
Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de La Poste en vigueur

Une facture, à régler par chèque à l'ordre du Trésor Public vous sera adressée ultérieurement.

Date et signature du demandeur

Date

Signature

Formulaire à transmettre accompagné des pièces justificatives à :

Centre Hospitalier de Montauban

Archives Médicales

100, rue Léon Cladel

BP 765

82013 MONTAUBAN CEDEX

Téléphone : 05.63.92.82.70

Ou par courriel :

archives@ch-montauban.fr

Site internet :

www.ch-montauban.fr

Rubrique « droits et devoirs des patients »