

 <p>BORDEAUX Centre Hospitalier Charles Perrens</p>	<h2>FORMULAIRE</h2> <h3>Demande d'accès au dossier médical d'une personne décédée</h3>	<p><u>Cadre réservé à l'administration :</u> reçu le :</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

**Direction des Usagers, de la Qualité,
et de la Gestion des Risques**

Service Usagers-Archives

☎ 05.56.56.34.88

Mail : dossier.medical@ch-perrens.fr

IDENTITE DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE :

Mme M. Nom marital : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Dernier domicile : _____

IDENTITE DE LA PERSONNE EFFECTUANT LA DEMANDE :

Qualité : ayant droit concubin partenaire du PACS mandataire
Nom de naissance : _____ Nom marital (le cas échéant) : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Demeurant : _____

Tél. : _____ Email : _____

MOTIF DE LA DEMANDE :

INDICATION A FOURNIR IMPERATIVEMENT selon l'article 1110-4 du Code de la Santé Publique) :

connaître les causes de la mort défendre la mémoire du défunt faire valoir ses droits

Joindre un courrier motivé indiquant le motif de la demande

DEMANDE :

- Ensemble du dossier médical
 Partie(s) / pièce(s) du dossier :

Préciser : _____

Période concernée (hospitalisation ou consultation) : _____

MODALITÉ DE COMMUNICATION :

- Consultation sur place Consultation sur place en présence d'un médecin
 Remise de copies sur place
 Envoi postal à mon domicile
 Envoi postal à l'adresse suivante : _____

Important : Conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique, la consultation sur place des informations est gratuite. La reproduction et l'envoi des documents seront facturés au demandeur.

N.B. : La communication du dossier médical n'est pas autorisée si le patient décédé s'y était opposé de son vivant.

PIÈCES ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR

- Copie recto-verso de votre carte d'identité
- Justificatif d'adresse, si l'adresse postale est différente de celle figurant sur votre pièce d'identité
- L'acte de décès de la personne concernée

- Si demande formulée par un concubin :
Certificat de concubinage
Ou tout document attestant de la réalité du concubinage (bail commun...)

- Si demande formulée par un partenaire (PACS) :
Convention de PACS
Ou acte de naissance (comportant la mention marginale attestant de la réalité du PACS avec le patient décédé)

- Si demande formulée par le fils ou la fille de la personne décédée :
Le livret de famille

- Si demande formulée par tout autre ayant droit :
Attestation du notaire (preuve de la qualité d'héritier)
Tout document attestant de la réalité du lien successoral
Le cas échéant, certificat d'hérédité (mairie)

Je reconnais, Nom _____ Prénom _____

accepter le principe du règlement pour la duplication des pièces et les éventuels frais d'envois postaux en recommandé.

Date et Signature

La demande doit être adressée par courrier ou par mail à l'adresse suivante :

Monsieur Le Directeur
Centre Hospitalier Charles Perrens
Service Usagers-Archives
121 rue de la Béchade
cs 81285
33076 BORDEAUX CEDEX
Mail : dossier.medical@ch-perrens.fr