

DEMANDE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS MÉDICALES PAR L'AYANT DROIT D'UN PATIENT DÉCÉDÉ

Identité du demandeur

Je, soussigné.e -

Nom :

Adresse :

N° Téléphone :

Lien avec le patient :

Prénom :

Courriel :

Identité du patient décédé

Monsieur Madame

Nom Usuel :

Nom de Naissance :

Date de naissance :

Date de décès :

Pris en charge au sein de l'unité/structure (*si connu*) :

Prénom :

Lieu du décès :

Motif de la demande

Vous devez impérativement justifier votre demande par un ou plusieurs des 3 motifs suivants (*article L.1110-4 du code de la santé publique*)

Connaître la cause du décès

Faire valoir vos droits (à motiver) :

Défendre la mémoire du défunt (à motiver) :

Attention : les médecins ne pourront communiquer que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus. Par ailleurs les informations sollicitées ne pourront vous être transmises qu'en l'absence d'opposition exprimée par la personne avant son décès (article L 1110-4 du code de la Santé Publique).

Pièces justificatives à fournir

- Une copie recto-verso d'une pièce d'identité à votre nom
- Un certificat de décès
- Un justificatif de votre qualité d'ayant droit : livret de famille, certificat d'hérédité ou de succession, acte notarié, attestation de votre qualité d'ayant droit
- Pour le partenaire d'un PACS : copie de l'acte de naissance portant mention du PACS ou preuve d'enregistrement du contrat PACS (visa figurant sur la convention de PACS)
- Justificatif de domicile (si vous souhaitez un envoi des documents à votre domicile)

DEMANDE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS MÉDICALES PAR L'AYANT DROIT D'UN PATIENT DÉCÉDÉ

Modalités de transmission des documents :

A défaut de précisions, l'établissement vous adressera les éléments sollicités par envoi postal en recommandé.

Envoi postal des documents *(en recommandé avec AR)*

Veillez noter qu'une première demande de copie du dossier médical est gratuite. Les suivantes entraînent des frais à la charge du demandeur (0,18 euros la page A4 ajouté au prix du recommandé (tarif de La Poste en vigueur)).

Remise en main propre au sein de l'établissement

Merci de nous indiquer votre numéro de téléphone afin de vous proposer un rendez-vous. Téléphone :

Consulter les documents sur place

Souhaitez-vous qu'un médecin de l'établissement se tienne à votre disposition ?

Oui Non

Si Oui, nous vous contacterons par téléphone afin de vous proposer un rendez-vous. Téléphone :

(Afin de faciliter la compréhension des éléments médicaux du dossier lors de la consultation, nous vous recommandons de vous faire assister d'une tierce personne qui peut être le médecin)

Si vous souhaitez vous faire accompagner d'une tierce personne, pouvez-vous indiquer :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec le demandeur :

Nous vous rappelons l'intérêt des précautions à prendre s'agissant du caractère strictement personnel des informations qui vous seront communiquées notamment vis-à-vis des tiers que peuvent être les membres de votre famille, de votre entourage, votre employeur, etc...

Envoi postal au médecin de votre choix *(nom, prénom, adresse du médecin à préciser)*

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Date : _____ Signature : _____

Votre demande sera traitée à réception des renseignements nécessaires (qui peuvent être transmis à l'aide de ce formulaire), accompagnés des pièces justificatives.

Conformément à la réglementation nous disposons d'un délai de huit jours suivant la réception des pièces justificatives nécessaires, pour donner suite à une demande d'informations datant de moins de 5 ans, ce délai est porté à deux mois si les informations médicales sollicitées datent de plus de 5 ans.

La demande accompagnée des pièces justificatives est à adresser à :

**Madame La Directrice
Fondation Saint Jean de Dieu
Centre Hospitalier Dinan/Saint-Brieuc
BP 81055 – LEHON
22101 DINAN Cedex**

Vous pouvez également nous faire parvenir ce formulaire par mail à l'adresse suivante : relations-usagers-bretagne@fondation-sjd.fr