

	Mode opératoire		N° diffusion BMS : 9412003		
	Dossier patient / Accès du patient à son dossier		Version : 08		
	Demande de communication de documents médicaux aux ayants droit				Date d'application : 01-01-2024 Page 1 sur 1
					

(Application de la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002 et du décret n° 2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L 1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique)

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) Nom _____ Prénom _____
 Nom de jeune fille _____ Né(e) le _____ Tél _____
 Domicilié(e) _____
 Code postal _____ Ville _____

⇒ **Agissant en tant qu'ayant droit de :**
 (nom, prénom, nom de jeune fille) _____
 Né(e) le : _____ décédé(e) le : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

(Dernier alinéa de l'article 1110-4 du Code de la Santé Publique)

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt (**joindre un courrier motivant votre demande**)
- Faire valoir mes droits (**joindre un courrier motivant votre demande**)

Service(s) d'hospitalisation et/ou médecin(s) concerné(s) :

Rappel des textes :

Article L.1110-4 du CSP : "Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué".

Arrêté du 5 mars 2004 : "Un ayant droit, outre le fait qu'il doit justifier de son statut d'ayant droit, doit préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations demandées; à savoir connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès."

SELON LES MODALITES SUIVANTES :

- Remise sur place à l'hôpital (*prévenir la personne dès que les documents sont prêts*)
- Envoi postal à Mme, Mlle, M. (*nom, prénom, adresse*) _____
- Envoi postal au docteur (*nom, prénom, adresse*) _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Joindre : copie de votre pièce d'identité

certificat d'hérédité et/ou livret de famille, attestant de votre qualité d'ayant droit

RESERVE AU SERVICE

Fait le ____ / ____ / ____

CACHET DU SERVICE

ENVOI GROUPE
 RETOUR A LA DIRECTION