

Nous prenons soin de vous

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX  
RELATIFS A UN PATIENT DECEDE**

(articles L.1111.7 et R.1111.1 à R.1111.8 du Code de la santé publique)

**Je soussigné(e) :** Nom : ..... Prénom(s) : .....

Domicilié(e) : .....

.....

Téléphone : .....

**Identité de la personne décédée :** Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

Date du décès : .....

**Renseignements en vue de la recherche du dossier**

Date d'hospitalisation du ...../...../..... au : ...../...../.....

Service d'hospitalisation : ..... Nom du médecin : .....

N° d'identification du dossier (si vous le connaissez) : .....

**Dont je suis le** (précisez le lien de parenté avec le défunt ou votre qualité d'ayant droit) : .....

**A obtenir (si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant) la communication :**

des informations médicales permettant de connaître les causes de la mort du défunt.

ou

des informations médicales permettant de défendre la mémoire du défunt.

ou

des informations médicales permettant de faire valoir mes droits :

succession

droit à pension

droit à assurance

réparation d'un préjudice, à préciser : .....

**Pour les raisons suivantes :** .....

.....

.....

**Selon l'une des modalités suivantes :**

A m'envoyer en L.R.A.R. à mon adresse (indiquée ci-dessus)

ou

A me remettre en mains propres, sur place à l'établissement. (prendre rendez-vous avec le service).

ou

A consulter sur place à l'établissement. (prendre rendez-vous avec le secrétariat de direction). Dans ce cas, je

souhaite être assisté par un médecin :  **Oui**

**Non**

Nous prenons soin de vous

**Le demandeur est informé :**

- que l'établissement n'est autorisé à transmettre que les éléments du dossier de nature à apporter la (les) réponse(s) à sa question.
- que tout certificat médical doit être demandé directement auprès du cabinet du praticien.
- que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- qu'il aura à supporter l'ensemble de frais liés aux procédures de recherches, de photocopies, de reprographies et de communication de ce dossier médical (voir tarifs ci-dessous).
- que les documents seront transmis après réception du chèque libellé à l'ordre de l'établissement et adressé à la Direction de l'établissement.
- que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de réception de la présente demande (et de l'ensemble des pièces justificatives) pour les documents de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents plus anciens. (la loi prévoit 2 jours de réflexion pendant lequel le dossier ne peut pas être communiqué).

**Date de la demande :** ...../...../.....

**Signature du demandeur**

**Ce document doit être adressé à la Direction de l'établissement  
accompagné du paiement et des pièces suivantes :**

- **Copie recto verso de votre pièce d'identité**
- **Une attestation de filiation ou acte de notoriété (délivré par le notaire) ou certificat d'hérédité**
- **Un certificat de décès de la personne dont le dossier est demandé**

**FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI DE DOCUMENTS MEDICAUX**

<b>Nature du document demandé</b>	<b>Tarifs</b>
Forfait de communication avec remise en mains propres sur rendez-vous	7 Euros
Forfait de communication en recommandé avec accusé de réception (à ajouter au forfait de communication)	20 Euros