DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER D'UN PATIENT MAJEUR DECEDE

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom marital :..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

..... Téléphone : .....

Qualité d'ayant droit :

☐ marié(e), concubin(e), pacsé(e) (2)
☐ enfants (3)
☐ père, mère (4)
☐ frère, sœur (4)

☐ autres (héritiers, autres membres de la famille...) (4)

préciser : .....

.....

(2) *joindre la photocopie du livret de famille ou acte de concubinage ou contrat de pacs + la pièce d'identité recto-verso du demandeur*

(3) *joindre la photocopie du livret de famille ou acte de naissance + la pièce d'identité recto-verso du demandeur*

(4) *joindre un acte de notoriété + la pièce d'identité recto-verso du demandeur*

IDENTITE DU PATIENT DECEDE

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom marital :..... Né(e) le : .....

Décédé(e) le : ..... ☐ au CHBA (5) ☐ autre (***joindre l'acte de décès***)

(5) *Centre hospitalier Bretagne Atlantique - Vannes ou Auray*

MOTIF DE LA DEMANDE

L'intégralité du dossier médical d'un patient décédé n'est pas communicable à ses ayants droits.

Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre aux trois motifs prévus par la loi (*Art. L.1110-4 du Code de la Santé Publique*). Cocher la ou les cases :

☐ Connaître les causes du décès

☐ Faire valoir ses droits ***(joindre une lettre expliquant le motif)***

☐ Défendre la mémoire du défunt ***(joindre une lettre expliquant le motif)***

SEJOUR CONCERNE PAR LA DEMANDE

Date de la venue	Service(s) de la venue	Nom du médecin	Vannes	Auray
			☐	☐
			☐	☐

MODALITES DE COMMUNICATION

☐ Viendra chercher sur place (dès mise à disposition des copies)
☐ par envoi postal (6) (mode d'envoi par défaut)

(6) *envoi des copies par lettre recommandée et facturées au demandeur.*

LES FRAIS D'ENVOI DONNENT LIEU A FACTURATION

La délivrance des copies, quel qu'en soit le support, est gratuite.

L'envoi de la copie du dossier médical se fait par lettre recommandée avec avis de réception et il est facturable au demandeur aux tarifs en vigueur à la poste.

Fait à .....

le .....

Signature obligatoire :

FORMULAIRE A RETOURNER DUMENT COMPLETE A L'ADRESSE SUIVANTE :

Par courrier à : Centre Hospitalier Bretagne Atlantique DIRECTION GENERALE
20 bd *Général* Maurice Guillaudot B.P. 70555
56017 VANNES
ou
Par Mail : communication.dossier-patient@ch-bretagne-atlantique.fr