

Je soussigné(e) : Nom :Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... A :

Domicilié(e) :

Téléphone :/...../...../...../.....

Mail :

Demande suite au décès de : Nom : Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... A :

Renseignement facilitant 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 (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 les modalités suivantes :

- A m'envoyer en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception à mon adresse (indiquée ci-dessus)
ou
 A me remettre en main propre, sur place à l'établissement (prendre rendez-vous avec le service).
ou
 A consulter sur place à l'établissement. Dans ce cas, je serai assisté par un médecin :

Le demandeur est informé :

- Que l'établissement n'est pas autorisé à transmettre l'intégralité du dossier médical compte tenu du critère finaliste qui préside à la communication du dossier. Ne sont donc communicables que les éléments de nature à apporter la (les) réponse(s) à sa question. Un certificat médical pourra cependant lui être délivré, dans le respect du secret médical.
- Que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- Que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de réception de sa demande complète 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).
- Que la 1^{ère} mise à disposition est gratuite.

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

Signature du demandeur :

**Ce document doit être retourné à la Direction de l'établissement
complété et accompagné des pièces suivantes :**

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- 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 |
|---|

Nom de la personne désignée par le Directeur de l'établissement pour recevoir les demandes d'envoi de documents médicaux :

Nom : HOTOLEAN

Prénom : Chrystelle

Adresse :

Hôpital Privé Drôme Ardèche – 294 bd Charles de Gaulle – 07500 GUILHERAND-GRANGES