

**Je soussigné (e)**

Madame  Monsieur

NOM usuel : \_\_\_\_\_ NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Demande à avoir accès au dossier patient de**

NOM usuel : \_\_\_\_\_ NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de décès : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dont je suis :  époux / conjoint / partenaire de PACS

fils / fille

père / mère

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Veillez OBLIGATOIREMENT préciser le ou les séjours (s) concerné (s) :**

Dates / Période	Service	NOM du médecin

**Motif de la demande**

Connaître les causes du décès de la personne

Défendre la mémoire du défunt (A préciser) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Faire valoir des droits (A préciser) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il vous appartient de nous indiquer précisément la nature des droits que vous souhaitez faire valoir et/ou les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt, afin de permettre à l'équipe médicale d'apprécier quels éléments vous sont nécessaires.

**En effet, seuls les éléments du dossier permettant aux ayants-droit de faire aboutir leur démarche peuvent être communiqués.**

(\*) cocher les cases correspondantes

### Modalités d'accès aux éléments

 Une seule case à cocher, svp.  
Dans le cas contraire, un envoi en recommandé  
sera effectué à vos frais.

- Consultation sur place** aux Hôpitaux Civils de Colmar, **sans remise de copies.**  
(Le secrétariat vous contactera pour prendre rendez-vous)
- Remise en main propre** sur présentation de votre pièce d'identité ou d'une procuration signée
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception (\*)**
- À mon domicile (adresse renseignée au recto)
  - Au médecin de mon choix (Il n'est pas tenu de vous remettre ces copies)
- Docteur : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### Justificatifs à fournir

- Une copie **recto-verso de votre pièce d'identité** (carte nationale, passeport, carte de séjour, permis de conduire obligatoirement revêtue d'une photographie).
- Un **acte de décès**
- Une copie des feuillets du **livret de famille** qui attestent votre lien de parenté
- Un **justificatif de votre qualité d'ayant-droit** (acte de notoriété établi par un notaire, certificat d'hérédité, attestation intégrale du PACS, attestation de concubinage sur l'honneur ou certificat de vie commune délivré par la Mairie ...). Le livret de famille peut suffire en l'absence de conjoint survivant

### Signature

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- J'ai conscience du caractère strictement confidentiel des informations contenues dans un dossier patient, notamment vis-à-vis des tiers (entourage, employeur, assureur, banque...)
- J'accepte de prendre en charge les frais de reproduction et d'envoi (selon le tarif en vigueur)



Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du demandeur

(\*) cocher les cases correspondantes