

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