

**Demande d'accès à un dossier patient - Formulaire Personne Décédée**

**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 et lieu de décès \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Dont je suis :  époux / conjoint / partenaire de PACS

père / mère

fils / fille

Autre, précisez : \_\_\_\_\_



**LES REGLES DE DROIT D'ACCES AU DOSSIER DU PATIENT DEFUNT**

**(art. L. 1111-7 et R. 1111-6 CSP / CADA, avis 20122968) :**

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'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant.

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

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

Dates / Période	Service	NOM du médecin

**Motif de la demande** (précisez l'objet de votre demande)

- Connaître les causes du décès de la personne (naturelles ou accidentelles)
- Défendre la mémoire du défunt (*atteinte à l'honneur et à la considération du défunt*) :  
-----  
-----  
-----
- Faire valoir des droits (*pour assurance, droit de succession, réparation d'un préjudice selon sa nature, évaluation par un médecin-expert*) :  
-----  
-----  
-----

**Modalités d'accès aux éléments**

**Merci de ne cocher qu'une seule case. Dans le cas contraire, un envoi en recommandé sera effectué à vos frais :**

- 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*).

Nom du médecin : -----  
Adresse complète : -----  
-----

**Justificatifs à fournir**

 **IMPORTANT :** les ayants droit ont qualité de successeurs légaux testamentaires du défunt, ses légataires universels ou à titre universel, conformément aux articles 731 et suivants du Code Civil. La présente demande doit obligatoirement être justifiée par tout moyen (livret de famille, acte notarié, certificat d'hérédité...). **Une personne de confiance n'est pas un ayant droit d'office.**

- 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...)
- Je comprends que toute demande nécessite un délai minimum de 48 heures de traitement.
- J'accepte de prendre en charge les frais de reproduction et d'envoi (*selon le tarif en vigueur*)

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

Signature du demandeur

Merci de renvoyer ce dossier accompagné des pièces obligatoires :

\* par mail à : [sim@ch-colmar.fr](mailto:sim@ch-colmar.fr)

\* par courrier à : Hôpitaux Civils de Colmar – 39, avenue de la Liberté – 68024 COLMAR Cedex