

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 aux informations médicales du patient suivant :

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.

Le Code de la Santé publique ne prévoit pas, pour les proches, l'accès à l'intégralité du dossier médical du patient décédé. 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 OBLIGATOIREMENT l'objet de votre demande, cas n°2-3-4)

- 1) Connaître les causes du décès de la personne (naturelles ou accidentelles)
- 2) Défendre la mémoire du défunt (*atteinte à l'honneur et à la considération du défunt*) :

- 3) Faire valoir des droits *pour assurance, droit de succession, réparation d'un préjudice selon sa nature, évaluation par un médecin-expert*) :


- 4) Obtenir des informations en cas d'examen génétique au sein d'une famille :

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...)
- J'ai connaissance de ne pouvoir accéder qu'aux seules informations qui répondront à ma question (motif de la demande), excepté dans le cas du décès d'une personne mineure.
- 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

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