
DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

FORMULAIRE AYANT-DROIT

1 – IDENTITE DU PATIEN DECEDE

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le :/...../.....

Décédé(e) le :/...../.....

2 – IDENTITE DU DEMANDEUR AYANT-DROIT

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le :/...../.....

Adresse :

Téléphone (obligatoire) :

Mail :

Exerce son droit en qualité de.....

3 – INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

Motif(s) de la demande (obligatoire) :

Connaître les causes de décès

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir ses droits

Précisions obligatoires sur le(s) motif(s)¹ :

.....
.....

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation :

.....

.....
Nom du ou des services de soins :
.....
.....

Informations supplémentaires :
.....
.....
.....

Selon le décret du 29 avril 2002 du Code de la Santé Publique, la communication du dossier aux ayants-droits porte uniquement sur les « seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi ». Le dossier médical complet ne peut être communiqué.

4 – NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES

Les éléments du dossier médical requis²

- Compte-rendu d'hospitalisation du dernier service qui précise les causes du décès
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Autre(s) document(s) à préciser
-
-

(¹) Possible courrier séparé

(²) En cas de difficultés, référez-vous au guide de bon usage

5– MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

Consultation sur place (prendre RDV au Département d'Information Médicale au 02 43 08 73 69)
- gratuit

Présence d'un médecin : Oui Non

Remise des copies sur place (au Département d'Information Médicale – 229, Bd Paul Lintier – 53100 Mayenne).
juridiques)

Envoi postal
- à moi-même
- à un médecin : Nom et prénom :

Adresse :
.....
.....
.....

6 - ATTESTATION

Je soussigné(e) M., Mme (rayer les mentions inutiles)
- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Fait à le/...../.....

Signature manuscrite :

Formulaire à retourner dûment complété avec une **photocopie recto-verso d'une pièce d'identité** (passeport, carte d'identité, permis de conduire), de l'acte de décès et du livret de famille ou d'un document attestant la qualité d'ayant droit au : Département d'Information Médicale – 229, Bd Paul Lintier – CS 6012 – 53103 MAYENNE Cédex.

Cadre réglementaire :
Loi du 2002-303 du 4 mars 2002 - Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 Arrêté du 5 mars 2004
Conseil d'Etat n°27.02.34 - Arrêt du 26 septembre 2005 Arrêté du 3 janvier 2007