

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR UN AYANT DROIT

**Imprimé à retourner dûment rempli et signé, accompagné des justificatifs obligatoires, à l'adresse suivante :**

CENTRE HOSPITALIER  
Direction des Usagers  
CS 70432  
19312 BRIVE Cedex

### Je soussigné(e)

Nom : ..... Prénom.....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

### Demande la communication

du dossier médical de :

Nom : ..... Prénom .....

Né(e) le : ..... et décédé le .....

### Dont je suis l'ayant droit

Conjoint survivant

Descendants (enfants)

Ascendants (père, mère...)

Collatéraux privilégiés (frère, sœur...)

Autres : .....

**Fournir le justificatif de cette qualité (copie du livret de famille, certificat d'hérédité + carte d'identité du demandeur)**

### Objectif poursuivi (motif obligatoire)

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir des droits

### Nature de la demande

Je demande l'ensemble du dossier médical

Je demande des pièces particulières du dossier médical

Compte rendu :

de consultation

d'hospitalisation

opératoire

de radiologie

Clichés (radio, scanner, IRM, échographie)

Résultats biologiques

Autres : .....

### Modalités de communication

Envoi postal à mon adresse

Envoi postal à un médecin que je désigne .....

Consultation sur place dans le service

Date.....

Signature