

DEMANDE DU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT DECEDE

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(e) 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 de carte d'identité du demandeur recto verso + tout document attestant de la qualité d'ayant droit + copie du certificat de décès si le patient n'est pas décédé dans l'établissement)

Objectif poursuivi (motif obligatoire)

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir des droits

Nature de la demande

Service(s) d'Hospitalisation ou de Consultation	Période

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu consultation
- Imagerie (radios, scanners, IRM, écho)
- Résultats électriques (ECG, EEG, EMG)
- Résultats biologiques
- Autres :
- Interprétations de l'imagerie

Modalités de communication

- Retrait auprès du secrétariat médical et paiement à la Régie
- Envoi postal à mon adresse
- Envoi postal à un médecin que je désigne
- Consultation sur place dans le service
- autre.....

Date

Signature

Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi