



## **Formulaire de demande de communication de dossier médical d'un patient décédé**

### **Demande faite par :**

Mme./M \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

### **Identité du parent décédé**

Mme/M \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

Décédé(e) le \_\_\_\_\_

### **Joindre une photocopie de votre pièce d'identité et d'un acte d'ayant droit**

.....un certificat d'hérédité (succession simple)

.....un acte de notoriété (succession complexe)

.....un livret de famille au profit du conjoint ou des enfants

### **Motif de la demande :**

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

### **Préciser en quelques mots le motif de votre demande :**

.....  
.....

- **Les frais de copie et d'envoi** d'un dossier médical sont à **votre charge**. Vous pouvez vous renseigner auprès du Département d'Information Médicale pour connaître le tarif en vigueur. Une facture vous sera adressée lors de l'envoi de la copie du dossier.

### **Modalité de remise de la copie**

- Remise sur place
- Envoi postal
- Consultation sur place

Le \_\_\_\_\_ Signature du demandeur



**Réservé à l'administration**

Dossier demandé aux archives le \_\_\_\_\_ CD-ROM demandé le \_\_\_\_\_

Photocopies \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ CD \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Frais d'envoi \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

Copie prête le \_\_\_\_\_ Message laissé le : \_\_\_\_\_

Remise sur place à l'hôpital le : \_\_\_\_\_

Envoi postal le : \_\_\_\_\_

Dossier  + de 5 ans

Temps passé :