



Demande de transmission de documents médicaux par l'ayant droit d'un patient décédé

Je soussigné (e) M/Mme :

Adresse postale :

Téléphone :

Courriel :

Lien avec le patient :

Ayant droit de :

M/Mme

Date de naissance :

Demande de transmission de documents médicaux établis à son nom, pour le motif suivant :

(article L.1110-4 du CSP)

- connaître les causes du décès
- faire valoir un droit* :

- défendre la mémoire du défunt* :

*préciser obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

Attention : les médecins ne pourront communiquer que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus

Date :

Signature :

- ➔ Formulaire à adresser, complété, au Directeur de l'établissement avec les pièces justificatives
- ➔ Justificatif à produire dans tous les cas : copie d'une pièce d'identité à votre nom à laquelle il convient d'ajouter :
 - Pour le conjoint survivant et enfant(s) : copie du livret de famille
 - Pour les autres demandeurs :
 - Acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de la qualité de l'ayant droit ou certificat d'hérédité
 - Copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement
- ➔ Les frais de copie et d'envoi sont facturables