

## Identité du demandeur

Madame     Monsieur    Nom : .....    Prénom : .....  
 Nom de naissance : .....    Né(e) le : ...../...../.....  
 Rue : .....  
 Code postal : .....    Ville : .....  
 Téléphone domicile : .....    Téléphone portable : .....

## Qualité du demandeur

	Documents à transmettre avec ce formulaire
<input type="checkbox"/> <b>Patient</b>	<input type="checkbox"/> Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité
<input type="checkbox"/> <b>Représentant légal de</b> Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance du patient : ...../...../.....	<input type="checkbox"/> Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur <input type="checkbox"/> Copie du livret de famille partie parents et enfant (patient mineur) <input type="checkbox"/> Copie de l'ordonnance rendue par le juge des tutelles (patient sous tutelle)
<input type="checkbox"/> <b>Ayant droit / Concubin(e) / Pacsé(e) de</b> Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance du patient : ...../...../..... Date de décès du patient : ...../...../.....	<input type="checkbox"/> Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur <input type="checkbox"/> Copie de l'acte de décès <input type="checkbox"/> Copie de toutes les pages du livret de famille ou acte de naissance de moins de 3 mois avec filiation à demander à la Mairie ( <u>conjoint marié et enfants</u> ) <input type="checkbox"/> Acte de notoriété <u>pour les autres ayants-droits</u> <input type="checkbox"/> Copie du certificat de vie commune (ou de concubinage) délivré en Mairie ou, à défaut une attestation sur l'honneur signé des deux concubins ( <u>concubin(e)</u> ) <input type="checkbox"/> Copie de la convention du PACS ( <u>partenaire de PACS du défunt</u> )

## Motif de la demande

Pour les **ayants droits d'une personne décédée**, il est impératif de préciser la raison de la demande. Seuls les éléments du dossier médical répondant au(x) motif(s) invoqué(s) seront communiqués au demandeur, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Selon l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, seuls trois motifs sont retenus :

- Connaître les causes de la mort   
  Défendre la mémoire du défunt   
  Faire-valoir les droits des ayants-droits

## Date et services d'hospitalisations

Copie du compte rendu de la dernière hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....  
 Service concerné : .....

Copie du dossier médical de la dernière hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....  
 Service concerné : .....

Autres copies :

Date Compte-rendu d'hospitalisation	Date Dossier médical d'hospitalisation	Service concerné

## Mode de transmission

Les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception vous seront facturés au tarif postal en vigueur. Vous pouvez toutefois retirer les documents au secrétariat de direction de l'Hôpital. Veuillez indiquer votre choix ci-dessous :

- Je demande l'envoi postal à mon domicile en recommandé avec AR,  
 Je récupère le dossier au secrétariat de direction du Centre Hospitalier de Joigny,  
 Je choisis la consultation sur place seul(e) ou avec un accompagnement médical.

Cadre réservé à l'administration  
 Montant des frais postaux à facturer :

Date :

Signature :