Centre Hospitalier de Joigny
DIRECTION

FORMULAIRE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL
à retourner au Secrétariat de Direction

Index :	E/GAP/18
Date :	04/02/2021
Version :	05
Page :	1/1

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
☐ **Patient**	☐ Copie de la carte nationale d'identité recto/verso du demandeur
☐ **Représentant légal de** Nom : …… Prénom : …… Date de naissance du patient : ……/……/……	☐ Copie de la carte nationale d'identité recto/verso du demandeur ☐ Copie du livret de famille (Patient mineur) ☐ Copie de l'ordonnance rendue par le juge des tutelles (Patient sous tutelle)
☐ **Ayant droit de** Nom : …… Prénom : …… Date de naissance du patient : ……/……/…… Date de décès du patient : ……/……/……	☐ Copie de la carte nationale d'identité recto/verso du demandeur ☐ Acte de décès ☐ Attestation justificatif d'ayant droit : ➢ Succession < à 5000 € : Attestation sur l'honneur des héritiers ou acte de naissance de moins de 3 mois avec filiation à demander à la Mairie, ➢ Succession > à 5000 € : acte de notoriété attestant la qualité d'ayant droit à demander au notaire chargé de la succession.

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,

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

☐ Je récupère le dossier au secrétariat de direction du Centre Hospitalier de Joigny,

☐ Je choisis la consultation sur place avec commentaire des informations par un médecin hospitalier.

Date :

Signature :