GROUPEMENT HOSPITALIER
Hôpital

Formulaire de demande de communication du dossier médical
AYANT DROIT

Identité du demandeur (Ayant droit, partenaire lié par PACS ou concubin)

NOM (en lettres majuscules) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse postale .....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....

Téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Courriel ..... @ .....

Identité du patient

NOM (en lettres majuscules |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Né(e) le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Décédé(e) le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Motif de la demande (cocher une seule réponse):

☐ Connaitre les causes de la mort
☐ Faire valoir mes droits* .....
.....
.....
☐ 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.*

« Les documents communiqués seront ceux et eux seuls, qui correspondent au motif invoqué et sous réserve que le patient de son vivant ne s'y soit pas opposé. »

Justificatifs à produire :

Afin que la demande puisse être recevable**, il est impératif pour toute demande** de joindre au formulaire la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto/verso) au nom du demandeur et la **copie de l'acte de décès**, si le **patient n'est pas décédé dans un des établissements des Hospices Civils de Lyon**, ainsi que :

- **Pour le conjoint et enfants :** la copie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient, ou l'acte de naissance intégral.
- **Pour le partenaire du PACS ou le concubin :** éléments prouvant la situation (copie du PACS ou attestation sur l'honneur des 2 concubins)
- **Pour toutes autres personnes**, une copie d'un document attestant la qualité d'ayants droit est nécessaire (attestation notariale…)

Renseignements indispensables pour la recherche du dossier :

Hôpital.....

Service(s) concerné(s) .....

.....

Nom(s) du ou des médecin(s).....

.....

Date(s) d'hospitalisation .....

.....

Modalités d'accès au dossier :

1 ☐ Consultation des documents sur place en présence d'un médecin hospitalier
2 ☐ Envoi dématérialisé avec envoi d'un code de décryptage par courrier
3 ☐ Remise des documents sous format papier directement au sein de l'établissement
4 ☐ Envoi dématérialisé ou postal au médecin (rayer la mention inutile)
au Docteur..... que je désigne comme intermédiaire
Adresse..... .....
....
Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....
5 ☐ Envoi postal ou remis sur place au mandataire (rayer la mention inutile)
à M/Mme .....que je désigne comme mandataire
Adresse ....
....
Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....

Information importante : à la suite d'une évolution de la jurisprudence européenne (CJUE arrêt du 26 octobre 2023), les demandes de dossier seront adressées, préférentiellement, par voie dématérialisée.

NB : des frais pourront vous être demandés en cas de copie papier/et ou CD ROM si les pièces demandées vous ont d'ores et déjà été communiquées auparavant.

Ils seront alors appliqués selon les tarifs ci-dessous :
CD-Rom = 5,32€ Photocopie A4 = 0,19€ Photocopie A3 = 0,38€
Contretype radiographie = 2,13€ / **5,13€ pour Hôpital R.Sabran

Ce document est à adresser, <u>accompagné des justificatifs</u>, par courrier :

Groupement Hospitalier (*Nord/Sud/Est/Centre/**R.Sabran*)
Hôpital ….
Direction / Chargé des Relations Usagers……
Adresse……..
……

Date de la demande: **Signature du demandeur :**