HCL
HOSPICES CIVILS DE LYON

GROUPEMENT HOSPITALIER
Hôpital

Formulaire de demande de communication 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 du dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier (Gratuit)
2 ☐ Envoi sur mon espace sécurisé personnel MyHCL (Gratuit)
3 ☐ Envoi de mon dossier en format dématérialisé + envoi clé de décryptage par courrier (Gratuit)
4* ☐ Envoi postal, au Docteur ..... que je désigne comme intermédiaire
Adresse..... .....
....
Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....
5* ☐ Envoi postal ou remis sur place (rayer la mention inutile)
à M/Mme .....que je désigne comme mandataire
Adresse ....
....
Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....

***les choix 4, 5 sont envoyés par lettre recommandée et payant si le coût de reproduction et d'envoi postal sont supérieurs à 7 euros**

<u>Coût :</u> la communication du dossier est payante et reste à la charge du demandeur *(Article L1111-7 du Code de la santé publique)*
Aux Hospices Civils de Lyon, un avis de prépaiement vous sera adressé, **seulement**, si le coût de la délivrance des documents et l'envoi postal en lettre recommandée est **supérieur à 7 euros**.
Envoi sur MyHCL ou dématérialisé ou consultation sur place GRATUIT 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 /Référent des Usagers……
Adresse…….
……

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