

IDENTITE DU PATIENT DECEDE

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

IDENTITE DU DEMANDEUR (enfant, conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin)

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone : / / / /

Adresse e-mail :

MOTIF DE LA DEMANDE : Sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, et conformément aux dispositions de l'article 2 de l'Arrêté du 3 janvier 2007, **seuls vous seront communiqués les éléments nécessaires du dossier médical qui vous permettront de répondre au motif que vous indiquez ci-dessous** :

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt (à justifier)
- Faire valoir un droit (à justifier)

MODALITES DE COMMUNICATION

- Remise des pièces en main propre auprès de secrétariat de direction
- Envoi des pièces en recommandé avec accusé de réception

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE

Une photocopie de votre carte d'identité (recto verso) ou de votre passeport.
Une copie de l'acte de décès du patient

Pour les enfants et le conjoint non divorcé

Une copie du livret de famille

Pour les autres ayants droit

Une copie du livret de famille

Un certificat d'hérédité délivré par la Mairie ou acte notarié



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR L'AYANT DROIT



NOTE D'INFORMATION

DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication de votre dossier est de 8 jours à compter de la réception de votre demande accompagnée de toutes les pièces justificatives par le Secrétariat de Direction. Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales remontent à plus de cinq ans. L'établissement dispose d'un délai de 48 heures pour examiner votre demande. La copie de votre dossier ne pourra pas vous être délivrée avant l'expiration de ce délai.

FACTURATION

Frais de reproduction

Le coût de reproduction est facturable au demandeur selon le tableau ci-après :

Photocopie ordinaire	Coût unitaire
Format A5	0,09 €
Format A4	0.18 €
Format A3	0,36 €

Frais d'expédition

Les frais d'expédition sont conformes au tarif en vigueur appliqué par la Poste pour les Lettres Recommandées avec Accusé de Réception (LRAR). Le dossier sera envoyé à compter de la réception du règlement par chèque bancaire, libellé à l'ordre de la Régie de recettes Hôpital de Vire, et adressé au centre hospitalier de Vire, à l'attention du secrétariat de direction.

COMMUNICATION DU DOSSIER

Le centre hospitalier de Vire tient à rappeler que les informations contenues dans le dossier médical du patient décédé dont vous faites la demande sont strictement personnelles et confidentielles. L'ayant droit demandeur doit lui-même remplir et signer ce formulaire.

Si vous êtes dans l'impossibilité de vous déplacer au centre hospitalier de Vire, vous pouvez autoriser un tiers à venir retirer la copie du dossier médical auprès du secrétariat de direction, à condition de rédiger un mandat exprès à cet effet et sous conditions de fournir une copie de votre pièce d'identité recto verso ainsi que celle du mandataire.

Pour toute information complémentaire, merci de contacter le secrétariat de direction du centre hospitalier de Vire au 02.31.67.47.01 ou à l'adresse e-mail suivante secretariat.direction.vire@ght-cdn.fr

Je soussigné(e), avoir pris connaissance des modalités d'accès au dossier médical par l'ayant droit et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. J'accepte de prendre à ma charge les frais de reproduction et le cas échéant, les frais d'envoi en commandé avec accusé de réception.

Fait à

le / /

Signature du demandeur

Formulaire à retourner dûment complété et signé à :

Monsieur le Directeur
Centre hospitalier de Vire
4 Rue Emile Desvaux - BP N° 80156
VIRE
14504 VIRE NORMANDIE CEDEX