

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Qualité du demandeur :  ayant-droit

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom de naissance : ..... Nom d'époux : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel fixe : ..... Tel. portable : ..... Mail : .....

**IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE**

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom de naissance : ..... Nom d'époux : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Patient décédé le .....

**JUSTIFICATIF A JOINDRE A LA DEMANDE**

**Ayant droit** : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte de décès et suivant sa qualité :

- Copie du livret de famille ou certificat d'hérédité / acte notarié
- Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS
- Certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur accompagné d'un justificatif de domicile mentionnant les deux noms.

**La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient s'y est opposé de son vivant. Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent <sup>(1)</sup>.**

SERVICES fréquentés	PERIODE (de l'hospitalisation, de consultation), précisez	
	Du / /	Au / /
	Du / /	Au / /

Motif de la demande :

Recherche des causes du décès

Défense de la mémoire du défunt

Nécessité de faire valoir leurs droits

## MODALITES DE COMMUNICATION

**Délai <sup>(2)</sup> : les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de deux mois, à compter de la réception de la demande complète.**

**Tarif :**

Il s'agit de ma première demande de production de ce dossier : **pas de frais (des vérifications pourront être réalisées et engendrées une facturation ultérieure)**

Ce dossier m'a déjà été produit : **10 € par chèque bancaire à l'ordre du Trésor Public. Montant correspondant aux frais de photocopies du dossier et à l'envoi postal**

Vous souhaitez :

Un envoi postal en recommandé avec avis de réception

Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone

Consulter le dossier médical sur place en présence d'un médecin (convenir d'un rendez-vous)

Un envoi postal en recommandé avec avis de réception à un médecin de votre choix

Précisez ses coordonnées : .....

Renvoyer le formulaire accompagné des documents à l'adresse suivante :

**Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges**

Direction Qualité, Gestion des Risques et Relations Usagers

Demande de dossier médical

40, allée de la Source - 94195 Villeneuve-Saint-Georges Cedex

Téléphone : 01.43.86.20.35 – courriel : [usagers@chiv.fr](mailto:usagers@chiv.fr)

Je soussigné(e), M..... reconnais avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

Date

Signature

(1) *Articles L.1110-4 et 1111-7 du code de la santé publique, décision CE n° 270234*

(2) *Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique)*