

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 :

Téléphone sur lequel nous pouvons vous joindre :

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 ⁽¹⁾. A ce titre, le code de la santé publique ne prévoit pas l'accès à l'intégralité du dossier médical du patient décédé.

Merci de cocher le ou les motifs de votre demande

☐ Recherche des causes du décès

☐ Défense de la mémoire du défunt

☐ Nécessité de faire valoir des droits

SI VOUS AVEZ DES PRECISIONS A COMMUNIQUER QUANT AU(X) MOTIF(S) DE VOTRE DEMANDE

SERVICES d'hospitalisation ou de consultation, <i>précisez</i>	PERIODE (de l'hospitalisation, de consultation), <i>précisez</i>	
	Du / /	Au / /
	Du / /	Au / /
Autres :		

MODALITES DE COMMUNICATION
<p>Délai : 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.</p> <p>Tarif :</p> <p><input type="checkbox"/> Il s'agit de ma première demande de production de ce dossier : pas de frais (des vérifications pourront être réalisées et engendrer une facturation ultérieure)</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p>Vous souhaitez :</p> <p><input type="checkbox"/> Un envoi postal en recommandé avec avis de réception</p> <p><input type="checkbox"/> Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone</p> <p><input type="checkbox"/> Consulter le dossier médical sur place en présence d'un médecin (convenir d'un rendez-vous)</p> <p><input type="checkbox"/> Un envoi postal en recommandé avec avis de réception à un médecin de votre choix</p> <p>Précisez ses coordonnées :</p>

<p>Renvoyer le formulaire accompagné des documents à l'adresse suivante :</p> <p>Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges Direction Qualité, Gestion des Risques et expérience patient Demande de dossier médical 40, Allée de la Source – 94 190 VILLENEUVE-SAINT-GEORGES Téléphone : 01.43.86.20.35 – courriel : usagers@chiv.fr</p>
--

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)
(3) Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005

Les informations recueillies dans le cadre de cette demande de dossier médical seront uniquement utilisées à cette fin. Elles seront conservées de manière sécurisée et pour la durée nécessaire au traitement de votre demande. En cas de question sur vos données personnelles, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) dpo@chiv.fr