DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL A L'AYANT DROIT D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE, AU PARTENAIRE LIÉ PAR LE PACS OU AU CONCUBIN.

Direction des relations avec la Patientèle et la Médecine de Ville
1, rue de Germont
76031 Rouen Cedex
Tél. : 02.32.88.03.67 / @ : dm.dcaj@chu-rouen.fr

Je soussigné-e o M. - o Mme

……..……...

Adresse postale……..……..…

……

Numéro de téléphone …… @ .....

Lien avec le patient …….

Identité du patient décédé :

o M.- o Mme……..…… Né-(e) le……..……..
Décédé(e) le …….....

Motif de la demande :

*** Précisez obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.**

❒ Connaître les causes du décès du patient
❒ Faire valoir un de vos droits, précisez lequel * :……..……
❒ Défendre la mémoire du défunt, pour quel motif * :……

! Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus.

Période(s) concerné(s)	Service(s) concerné(s)

Mode de communication

❒ Envoi de copies à votre domicile
❒ Remise de copies
❒ Consultation sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

Justificatifs à joindre à votre demande:

- une copie d'une pièce d'identité à votre nom à laquelle il convient d'ajouter :

- **Pour le conjoint et enfant(s) :** *Une copie du livret de famille*
- **Pour les autres demandeurs (parents, frères, sœurs, ..) :** *Acte de notoriété*
- **Pour les partenaires de PACS** *: document portant mention du PACS.*
- **Pour le concubin :** *éléments prouvant la situation datant de – de 3 mois, facture, loyer….*

- **Pièce complémentaire :** *une copie de l'acte de décès du patient, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement*

A …….., le……. SIGNATURE