

1. Identité du demandeur

Nom et prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance : / / A

Adresse :

Téléphone : Adresse Mail :

Lien avec la personne décédée :

2. Identité de la personne décédée

Nom et prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance : / / A

Décédé(e) le : / / A

3. Motif de la demande

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire (*joindre un courrier motivant votre demande*)

☐ Faire valoir des droits auprès d'une assurance ou de tout autre organisme (*joindre un courrier motivant votre demande*)

Rappel des textes :

Article L.1110-4 du CSP : "Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué"

Arrêté du 5 mars 2004 : "Un ayant droit, outre le fait qu'il doit justifier de son statut d'ayant droit, doit préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations demandées ; à savoir connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès."

4. Modalités de retrait de la copie des éléments du dossier médical de la personne décédée

☐ Mise à ma disposition au secrétariat clientèle (niveau -2) – RDV à définir ensemble

☐ Envoyer par pli recommandé avec Accusé Réception

☐ Envoyer par pli simple

☐ Envoyer par mail (messagerie sécurisée)

5. Tarifs

Je suis informé(e) que les frais de reproduction et d'expédition de ces documents ne me seront pas facturés dans le cas d'une première demande. En cas de réédition, ceux-ci me seront facturés après service fait sur la base des tarifs fixés par le Directeur du Centre Hospitalier d'Auxerre.

Date :

Signature :

JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE, LA COPIE RECTO-VERSO DE VOTRE PIECE D'IDENTITE ET UN CERTIFICAT D'HEREDITE (l'accès au dossier médical étant réservé aux héritiers de la personne décédée)

Si vous rencontrez des difficultés à remplir ce document, n'hésitez pas à nous contacter au 03.86.48.47.66 de 8h45 à 11h45 et de 13h30 à 15h30

Demande à renvoyer par lettre simple à :

OU

Demande à renvoyer par mail à :

Madame la Directrice de la Clientèle - Service "Dossiers médicaux"
Centre Hospitalier - 2 Boulevard de Verdun - BP 69 - 89011 AUXERRE Cedex

contactusager@ch-auxerre.fr