

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT DECEDE

Je soussignée (e) :

Né (e) le :

Demeurant (*adresse d'envoi du dossier médical*) :

Sollicite, en ma qualité d'ayant droit : conjoint, père/mère, frère/sœur, enfant
Autre, précisez _____

Les éléments du dossier médical de :

Nom du patient :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Correspondant aux dates de séjours d'hospitalisations suivantes :

Pour le(s) motif(s) suivant(s)¹ :

- Connaître les causes du décès*
 Défendre la mémoire du défunt, précisez le motif _____

- Faire valoir mes droits, précisez* _____

NB. La communication des informations médicales n'est possible que si le patient ne s'y est pas opposé de son vivant, conformément à l'article L. 1110-4 du code de la Santé Publique.

Je certifie l'exactitude des informations sur ma qualité d'ayant droit.

Fait à Toulouse le,

Signature du demandeur ayant droit

¹ Article L.1110-4 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, et l'arrêté du 3 janvier 2007