Je soussigné (e), M/Mme (nom en majuscules, prénom)

.................................................................................................................................................................................................

Adresse postale .......................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

Téléphone ...............................................................................................................................

Courriel .......................................................................@.........................................................................................................

Lien avec le patient .................................................................................................................

**Ayant droit de :**

M/Mme (nom en majuscules, prénom, nom de jeune fille)

.................................................................................................................................................................................................

Date de naissance ......../........../........ Décédé (e) le ......../........../........

Dans le service : ......................................................................................................................

Demande la transmission de documents médicaux établis à son nom, pour le motif suivant : *(Article L.1110-4 du code de la santé publique dernier alinéa)*

□ connaître les causes du décès

□ faire valoir un droit1 : ..........................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

□ défendre la mémoire du défunt2 : .......................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

1 et 2, préciser obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

Attention : les médecins ne pourront communiquer que les éléments du dossier répondant strictement à l’objectif poursuivi, précisé ci-dessus.

Date : Signature :

Justificatifs à produire dans tous les cas :

Copie d’une pièce d’identité à votre nom à laquelle il convient d’ajouter :

* Pour le conjoint survivant et enfant(s) : copie du livret de famille
* Pour les autres demandeurs :
* acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d’ayant droit ou certificat d’hérédité (pour les communes qui les délivrent),
* copie de l’acte de décès, si le patient n’est pas décédé dans l’établissement.

Les frais de copie et d’envoi sont facturables.

*FOR-133-a Demande Dossier médical Ayant droit*