

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR UN AYANT DROIT*

Articles L. 1111-7 et 1112-1 du Code de Santé Publique

Référence
DRU-ENR-003

Version : V1

Page 1 sur 1

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NOM DE NAISSANCE : PRENOM :
NOM D'USAGE : DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :
COURRIEL : TELEPHONE :

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM DE NAISSANCE : PRENOM :
NOM D'USAGE : DATE DE NAISSANCE :
DATE DE DECES :
LIEN AVEC LE DEMANDEUR : ☐ CONJOINT ☐ ENFANT ☐ PERE/MERE ☐ FRERE/SOEUR
☐ CONCUBIN ☐ PARTENAIRE DE PACS ☐ AUTRE :

SÉJOURS CONCERNÉS PAR LA DEMANDE

Designation du service	Dates

MOTIF DE LA DEMANDE

Seuls les éléments du dossier médical répondant au motif de votre demande peuvent vous être adressés
Vous pouvez vous exprimer plus longuement sur le motif de votre demande au dos du formulaire

- ☐ CONNAITRE LES CAUSES DE LA MORT
☐ DEFENDRE LA MEMOIRE DU DEFUNT – à préciser :
☐ FAIRE VALOIR MES DROITS – à préciser :

MODALITÉS D'ACCES

- ☐ CONSULTATION SUR PLACE (vous pouvez être accompagné d'un tiers)
☐ ENVOI DES REPRODUCTIONS A VOTRE ADRESSE
☐ ENVOI DU DOSSIER A UN MEDECIN – préciser les coordonnées :
☐ REMISE DU DOSSIER SUR PLACE (vous serez contacté dès que le dossier sera disponible)

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

- COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DU DEMANDEUR (carte nationale d'identité, passeport) à défaut la demande ne sera pas traitée
- COPIE DE L'ACTE DE DECES
- TOUS ELEMENTS ATTESTANT DE LA QUALITE D'AYANT DROIT (par exemple copie du livret de famille, acte de notoriété, copie du pacs, certificat de vie commune)

FRAIS DE DÉLIVRANCE

- COPIES SIMPLES : MOINS DE 10 + 5€ // DE 10 A 20 + 7€ // DE 20 A 50 + 13€ // DE 50 A 100 + 24€
- CLICHES : MOINS DE 5 = 15€ // DE 5 A 10 = 25€ // DE 10 A 20 = 42€ // DE 20 A 40 = 85€
- CD / DVD : 6€ PIECE
- FRAIS POSTAUX : MOINS DE 1000G = 5€ // plus de 1000G = 6€ (sauf en cas de consultation ou de remise du dossier sur place)

* Pas de facturation de la première demande ou si le montant est inférieur à 5€

Je suis informé du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

Fait à :

Signature :

Le :

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

CH d'Angoulême – Direction des Relations avec les Usagers – Rond-Point de Girac, CS 55 015 – 16959 ANGOULEME Cedex 9 ou
relations.usagers@ch-angouleme.fr – Tel : 05 45 24 40 24