

**IDENTITE DU DEMANDEUR**M. / Mme (NOM, Prénom)  
\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

**IDENTITE DU PATIENT DECEDE**M. / Mme (NOM, Prénom)  
\_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_\_\_\_

Décédé (e) le : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Souhaite avoir communication des pièces versées au dossier médical, pour le motif suivant :

- Connaître les causes du décès  
 Faire valoir un droit\* \_\_\_\_\_  
 Défendre la mémoire du défunt\* \_\_\_\_\_

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

Selon les modalités suivantes :

- Consultation sur place à la clinique (dans ce cas, consultation simple sans communication d'élément du dossier)  
 Envoi recommandé avec accusé de réception



- Les médecins ne communiqueront que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus.

- Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations  
- J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers des données de santé (famille et entourage, assureurs, employeurs, etc...)  
- Des difficultés d'interprétation de ces informations sont possibles.

La copie du dossier médical et l'envoi postal recommandé avec accusé de réception seront facturés.

**Ce formulaire est à retourner à l'établissement accompagné des pièces justificatives suivantes**

- Joindre une copie de la pièce d'identité au nom du demandeur à laquelle il faut 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
  - copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :