

FORMULAIRE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL**DEMANDEUR****Je soussigné(e) :**

⌘ Nom de naissance :
⌘ Prénom :
⌘ Adresse :
⌘ CP : Ville :

⌘ Nom d'usage :
⌘ Né(e) le :
⌘ Téléphone :
⌘ E-mail :

Demande la communication de documents médicaux au nom de :

⌘ Nom et prénom du patient :
⌘ Né(e) le : Décédé(e) le :
⌘ Lien de parenté :

MOTIF DE LA DEMANDE

- ☐ **Option n° 1** : connaître les causes du décès
☐ **Option n° 2** : défendre la mémoire du défunt
☐ **Option n° 3** : faire valoir vos droits en tant qu'ayant droit

Conformément à la législation, le médecin responsable du dossier médical se chargera de sélectionner les documents médicaux qui vous seront transmis, ceux-ci devant être en lien avec le motif précité.

Merci de préciser le motif de votre demande

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

RENSEIGNEMENTS POUR LA RECHERCHE DU DOSSIER

⌘ Date d'hospitalisation : Du Au ⌘ Nom du Médecin :
⌘ Service d'hospitalisation : ⌘ N° de dossier :

MODALITES

- ☐ **Option n° 1** : par simple consultation sur place avec possibilité d'un accompagnement médical
☐ **Option n° 2** : par remise de copies de documents à retirer auprès de l'établissement, **uniquement sur rendez-vous**
☐ **Option n° 3** : par envoi de copies de documents : **Après réception du règlement des frais, pas d'envoi par mail :**

Adresse pour l'envoi du dossier:

Nous vous rappelons le caractère strictement personnel et confidentiel des informations médicales contenues dans le dossier du défunt.

Le formulaire est à retourner avec les pièces justificatives soit :

- ⌘ **Par e-mail :** sro.usagers@elsan.care
⌘ **Par courrier à l'adresse :** Polyclinique Médipôle Saint Roch
Avenue Ambroise Croizat – Service Qualité
Contact : 04 68 66 11 08 66330 Cabestany

Délais de communication du dossier

- Dossier de moins de 5 ans : 8 Jours
- Dossier de plus de 5 ans : 2 mois

Pièces justificatives à fournir :

- Copie de la pièce d'identité du demandeur
- Copie du livret de famille / PACS
- Certificat de décès
- Si Curateur : Copie du Mandat
- Si Tuteur : Justificatif tutelle

Je déclare avoir été informé(e) que les frais de délivrance de copies sont à la charge du demandeur par application du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 et référence à la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (0.20 € / Page) + frais postaux : 5.18€

Date :/...../.....

Signature :