

Dossier n°

A remplir par l'établissement

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un défunt. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce document et le retourner à l'Association Santé et Services des Pays de l'Orne au 10 place de l'hôtel de ville – 54240 JOEUF

M., Mme :

Demeurant.....

.....Numéro de téléphone.....

Identité du patient décédé :

M., Mme :

Préciser votre qualité d'ayant droit :

Motif de la demande

Faire valoir un de vos droits, précisez lequel :

.....
.....

Connaître les causes du décès du patient

Défendre la mémoire du défunt, pour quel motif :

.....
.....

*Conformément à la réglementation en vigueur, seuls vous seront
communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre
au motif invoqué ci-dessus.*

Tournez SVP



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Dossier n°

Période d'hospitalisation	
Dates	Service concerné

Mode de communication
<input type="checkbox"/> Envoi de copies à votre domicile
<input type="checkbox"/> Remise de copies en main propre
<input type="checkbox"/> Consultation sur place (avec un accompagnement médical)

Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre

- une copie recto / verso de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire
- une copie recto / verso de votre la carte nationale d'identité du défunt, de son passeport ou de son permis de conduire
- les pièces justifiant votre qualité d'ayant droit (acte de naissance, de mariage, acte de notoriété)

A....., le

Signature du demandeur