

FORMULAIRE

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR UN AYANT-DROIT

Identité du demandeur

Nom d'usage Nom de naissance

Prénom Né(e) le ____ / ____ / ____ à

Tél. portable ou fixe E-mail

demande à obtenir la communication des documents médicaux au nom de (nom, prénom du patient et lien de parenté)

Né(e) le ____ / ____ / ____ à Décédé(e) le ____ / ____ / ____

Renseignements pour la recherche du dossier

Date(s) d'hospitalisation

Nom du médecin ayant assuré la prise en charge à l'Hôpital Privé du Confluent :

Conformément à la législation en vigueur, **motif de la demande à renseigner obligatoirement :**

☐ Connaître la cause du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir un droit

➡ *Les dossiers de consultation sont à demander directement au praticien*

➡ *Les clichés radiographiques sont à demander directement au centre de radiologie*

Mode de communication du dossier (un seul choix possible)

A ☐ Remise en main propre

B ☐ Envoi à mon domicile en LRAR :

Adresse

Code postal Ville

C ☐ Consultation sur place seul(e) ou accompagné(e) d'une tierce personne de mon choix :

Nom Prénom

D ☐ Consultation sur place avec un médecin que je désigne :

Dr

Pièces justificatives obligatoires à fournir avec votre demande

➡ **La demande ne sera recevable qu'à réception de l'ensemble de ces éléments.**

☐ Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduire, passeport)

☐ Pour le conjoint et/ou les enfants : une copie de votre livret de famille ou de votre acte de naissance justifiant votre lien de parenté et un justificatif de décès

☐ Pour les ayants droit (autres que conjoint et enfants) : un acte de notoriété établi par le notaire responsable de la succession

NB : Les informations contenues dans le dossier médical ont un caractère strictement personnel.

Le ____ / ____ / ____

Signature du demandeur :