

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Nom et prénom du demandeur :

Adresse :

Téléphone :

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LES AYANT DROIT

Formulaire à retourner à la :

*Direction des Droits des Usagers et de la Qualité, 1, Avenue de Bélignon BP 30009 17301 ROCHEFORT CEDEX*

*Ou par mail : [manon.levayer@ght-atlantique17.fr](mailto:manon.levayer@ght-atlantique17.fr)*

### **1. Motif de la demande**

Vous disposez, en qualité d'ayant droit, et hors du cas d'un refus exprimé de son vivant par le patient, d'un accès aux seules pièces du dossier nécessaires à faire valoir vos droits, connaître les causes de la mort ou défendre la mémoire du défunt.

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir mes droits

Détaillez votre demande (obligatoire pour les deux derniers motifs) :

.....  
.....

### **2. Pièces justificatives**

*Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant votre santé ou celle de la personne propriétaire du dossier, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents cochés*

- Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité vous concernant
- Photocopie d'un document attestant de votre qualité d'ayant-droit, au choix :
  - livret de famille pour les enfants ou le conjoint
  - certificat d'hérédité
  - document notarié attestant de votre qualité d'Ayant Droit
  - contrat d'assurance vie dont vous êtes bénéficiaire
  - PACS
  - certificat de vie commune, de concubinage délivré en mairie ou tout autre moyen (bail commun, attestation sur l'honneur des deux concubins...)

### **3. Modalité de consultation souhaitée**

*Faire un choix entre les différentes propositions :*

- Consultation sur place du dossier sur rendez-vous  
Dans ce cas, souhaitez-vous la présence d'un médecin ?     OUI                       NON

*Dans l'affirmative, nous vous proposerons une date de rendez-vous, en présence d'un médecin désigné par l'établissement qui pourra répondre à vos questions éventuelles. Si vous désirez des copies des documents qui vous seront présentés, elles vous seront facturées aux tarifs qui vous ont été communiqués précédemment.*

- Envoi postal d'une copie du dossier ou de pièces particulières à un médecin désigné par vos soins : Si oui, veuillez préciser le nom et l'adresse de ce médecin :

.....  
.....

- Envoi postal d'une copie du dossier ou de pièces particulières à vous-même

- Retrait du dossier au Bureau de la chargée des relations avec les usagers. Nous vous remercions de bien vouloir prendre **rendez-vous au 05 46 88 51 78.**

#### 4. Nature de la demande

L'ensemble des informations contenues dans votre dossier peut être consulté ou transmis, à l'exception d'informations concernant les tiers ou communiquées par les tiers, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique.

##### 1. Service(s) concerné(s) :

**Tous les services (dans la limite des pièces autorisées par la loi et correspondant au motif de votre demande)**

OU  **Certains services seulement** : veuillez indiquer le ou les services concernés par la demande de dossier, et préciser les dates de passage approximatives si vous les connaissez :

Date d'entrée	Date de sortie	Nom du service concerné/Nom Médecin

##### 2. Documents médicaux souhaités : veuillez indiquer si vous souhaitez certains documents en particulier, ou tous les documents sans distinction, avec ou sans imageries :

**Tous les documents souhaités (dans la limite des pièces autorisées par la loi et correspondant au motif de votre demande)**

Avec les copies d'imageries  
OU  Sans les copies d'imageries

##### **Pièces particulières souhaitées**

- Lettre de sortie
- Prescriptions établies lors de la consultation ou à la sortie
- Compte-rendu d'hospitalisation et/ou de consultation
- Compte-rendu opératoire
- Examens d'imagerie :
  - Radiographies
  - Scanners
  - IRM
- Examens biologiques
- Dossier d'anesthésie
- Dossier de soins infirmiers
- Autres, précisez : .....

Les informations contenues dans le dossier médical sont strictement confidentielles. Vous devez être attentif à ne pas les communiquer à une personne qui n'est pas autorisée à en prendre connaissance.

Fait à ..... Le .....

**Signature :**