

Formulaire de demande de transmission du dossier patient – Patient décédé

Veuillez retourner ce formulaire dûment complété, daté, signé, et accompagné des pièces nécessaires à la direction de l'établissement ou via le mail : demandedossiermedical@millenaire.fr

Identification et coordonnées du demandeur

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :@.....

Identité du patient décédé

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Motif de la demande *La loi ne fait pas obstacle à la communication du dossier médical à un ayant droit qui souhaiterait : connaître les raisons de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.*

Merci de bien vouloir nous préciser le motif de votre demande :

☐ connaître les raisons de la mort ☐ défendre la mémoire du défunt ☐ faire valoir ses droits

Pièces particulières du dossier souhaitées :

☐ Intégralité du dossier ☐ Compte-rendu d'hospitalisation ☐ Compte-rendu opératoire
☐ Compte-rendu d'anesthésie
☐ Autres pièces (précisez) :

Précisez la date du / des séjour(s) concernés :

Modalités de communication

Vous souhaitez : ☐ Consultation sur place
☐ Transmission des copies en papier
☐ Transmission des copies via clé USB
☐ Transmission des copies par adresse mail sécurisée (Bluefiles)

Règlement : Le premier accès à votre dossier médical est gratuit. Il vous sera demandé de régler les frais de copie des éléments demandés ainsi que les frais d'envoi par lettre recommandée avec accusé de réception uniquement dans le cadre d'une nouvelle demande. Une estimation du total des frais vous sera communiquée après réception de la présente demande. Vous pourrez régler les frais en chèque, espèces, carte bleue, paiement en ligne sur le site d'OC SANTÉ.

LES PIÈCES A FOURNIR

Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur
Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient décédé
Copie de l'acte de décès
Copie du livret de famille ou autre document attestant de filiation entre le demandeur et le patient

Fait à Le/...../..... Signature :