

Département de l'Information Médicale

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e), Mme ou M.....

Né(e) le :/...../.....

Adresse actuelle :

Tél. :

En qualité d'ayant droit

Demande la communication de la copie du dossier médical de :

Mme ou M.....

Né(e) le:/...../.....

Adresse de soins :

Date de début de prise en charge :/...../.....

Motifs de la demande (cocher le ou les motifs ci-dessous)

- Avoir connaissance des causes du décès
- Faire valoir mes droits
- Défendre la mémoire du défunt

Autre motif, complétez ici :

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

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À VOTRE DEMANDE

- une photocopie de votre pièce d'identité
- et une pièce justifiant de votre statut :
 - ✓ si vous êtes représentant légal : le livret de famille
 - ✓ si vous êtes chargé d'une mesure de représentation à la personne d'un majeur protégé : le jugement de tutelle
 - ✓ si vous êtes ayant droit : livret de famille, acte de notoriété, certificat d'hérédité...
 - ✓ si vous êtes mandaté : l'original du mandat.

Ces pièces justificatives **sont obligatoires**. Sans ces dernières, et conformément à la loi en vigueur R1111-1 du Code de la santé publique, votre demande ne pourra pas aboutir.

MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS (cocher une seule case) :

- Consultation sur place - un rendez-vous sera fixé au préalable** (un professionnel de santé de la Fondation peut être présent pour vous aider dans la lecture et la compréhension des informations médicales)
- Envoi des photocopies du dossier**
Les frais de photocopie et d'envoi occasionnés par ma demande pourront m'être demandés.
- Dossier intégral**
- Dossier partiel** (documents uniquement de la prise en charge par la Fondation).

COMMENT TRANSMETTRE CETTE DEMANDE ?

Envoyez ce document complété et signé, accompagné des pièces justificatives demandées, à l'attention de :

Fondation Santé Service
A l'attention du médecin du DIM
88 rue de Villiers
CS 30207 – 92532 LEVALLOIS-PERRET CEDEX

DATE ET SIGNATURE :