

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MÉDICAUX  
AYANT DROIT**

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du **dossier médical d'un défunt** :

Précisez votre qualité d'ayant droit : .....

**Motif de la demande**

En tant qu'ayant droit et conformément à l'arrêté du 5 mars 2004, le motif de votre demande doit être indiqué :

- Connaître les causes du décès du patient
- Faire valoir un de vos droits
- Défendre la mémoire du défunt

Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus.

**Je choisis la procédure suivante pour la communication des résultats :**

- Remise des copies en mains propres
- Envoi de copies à mon domicile à réception de votre paiement des frais de copies et d'envoi
- Consultation sur place (sur rendez-vous)

**J'ai été averti :**

- que la réalisation des **copies et de l'envoi me seront préalablement facturés** (à raison de 0,30 € par page + frais d'affranchissement + vous devez également préciser si vous souhaitez un envoi en recommandé avec accusé de réception)
- que le délai pour un dossier médical de moins de 5 ans est de 8 jours ouvrables, et peut atteindre 2 mois pour un dossier datant de plus de 5 ans (date de la dernière hospitalisation)
- que tout envoi de dossier médical passe par une **demande écrite** (les demandes orales ou les télécopies ne pourront être traitées)

- dans le cadre d'une demande de **dossier d'un patient décédé**, la loi impose aux ayants-droits **de justifier impérativement leurs demandes** de pièces ou de dossier complet :
  - le motif de la démarche clairement exprimé (Connaitre les raisons du décès, Faire valoir ses droits ou Défendre la mémoire de la personne décédée)
  - un document justifiant de la qualité de l'ayant droit (**copie livret de famille, acte de décès ...**)

**Date de la demande :**

**Signature du demandeur :**

**Ce formulaire et toutes ces pièces jointes sont à renvoyer à l'adresse ci-dessous :**  
**Clinique Paul Picquet**  
**A l'attention de la Direction**  
**12 rue Pierre Castets**  
**89100 SENS**

**Tél. : 03 86 95 86 86 – Fax : 03 86 95 85 85**