

Dossier n°
Tampon et date de la demande :

DEMANDE DU DOSSIER MEDICAL D'UNE PERSONNE DECEDEE

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un défunt. Afin de préciser votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner, accompagné des pièces demandées*, à la Direction Qualité et Droits des usagers du C.H.U de Caen.

Identité du patient décédé :

NOM

Prénom

né(e) le

Votre identité :

NOM

Prénom

Adresse

Code postal Ville Pays

Numéro de téléphone

Adresse mail@.....

Si vous êtes ayant droit, quel est le motif de votre demande ? (Mention obligatoire) :

- Faire valoir un de vos droits, précisez lequel :
- Connaître les causes du décès du patient.
- Défendre la mémoire du défunt, pour quel motif :

Conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 3 janvier 2007, seuls les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus vous seront communiqués.

Tarif par unité :

Format A4 : 0.19 € / CD imagerie : 5 €

Pièces souhaitées :

- Intégralité du dossier médical** (précisez la période d'hospitalisation)
- Une partie du dossier médical :**
 - Comptes-rendus d'hospitalisation,**
 - Comptes-rendus de consultation,**
 - Comptes-rendus opératoires,**
 - Résultats d'examens :**
 - examens sanguins
 - Autre, précisez.....
 - Dossier radiologique sur support CD**
 - Autres pièces, précisez :**

Périodes et services d'hospitalisation ou de consultation:

DATES (années)	SERVICES

Mode de communication :

- Envoi des copies à votre domicile en recommandé avec AR et à vos frais.
- Envoi des copies à un médecin de votre choix, en recommandé avec AR à vos frais : (précisez Nom et adresse) :

* Pièces à joindre obligatoirement à votre demande :

- Copie de votre carte d'identité (recto-verso), permis de conduire ou passeport, en cours de validité
- Copie d'une pièce justifiant votre qualité d'ayant-droit (extrait d'acte de naissance, acte de notoriété, livret de famille)
- Copie de l'acte de décès

Fait à, le.....
SIGNATURE

RESERVE AU CHU DE CAEN
Service : Trié le :
Nom et signature du médecin :