



CENTRE HOSPITALIER DE BRIOUDE

2, Rue Michel de l'Hospital – BP 140 – 43100 BRIOUDE

Service Relations Usagers

☎ 04.71.50.51.89 ✉ direction@ch-brioude.fr

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL PAR UN AYANT DROIT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, Mademoiselle,

NOM : **NOM DE JEUNE FILLE :**

Prénom :

Date de Naissance :/...../..... **Lien de Parenté :**

Adresse :

.....

Numéro de Téléphone :

Souhaite les éléments du dossier médical de :

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

PIECE A JOINDRE IMPERATIVEMENT :

→ Photocopie de votre carte d'identité

→ Justificatifs de votre statut d'ayant droit : livret de famille, acte notarié, certificat d'hérédité....

→ Certificat de décès de la personne dont vous demandez le dossier

Séjour(s) concerné(s) :

Dates d'hospitalisation(s) :

.....

Service(s) d'hospitalisation :

.....

Médecin (s) m'ayant pris en charge :

MOTIF DE LA DEMANDE :

Connaître les causes du décès

Autres motifs : Défendre la mémoire du défunt ou Faire valoir ses droits (joindre un rapport décrivant les motivations)

Modalités de communication souhaitée :

- Envoi postal des pièces du dossier à votre domicile en courrier recommandé avec AR
- Retrait des pièces du dossier auprès du Secrétariat de Direction
- Consultation du dossier sur place (avec accompagnement possible)

Si le mode de communication du dossier n'est pas indiqué, les photocopies du dossier médical vous seront adressées à votre domicile.

Lu et approuvé,

A Le

Signature de l'ayant droit
