

Mail : chim-sec.direction@ghnd.fr

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A DES INFORMATIONS MEDICALES
HEBERGEES PAR LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE MORESTEL**

I- IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom de famille (=nom de naissance) : Prénom :
Nom d'usage (le cas échéant) : Né(e) le : ___/___/____
Adresse :
Code Postal : _____ Ville : N°de tél : ___/___/___/___
Adresse mail@.....

AGISSANT EN QUALITE DE :

- PATIENT (Copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur en cours de validité à joindre)
- AYANT – DROIT (Copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur + Copie de l'acte de décès + Copie du certificat d'hérédité) DE :
(Nom de famille, Prénom, Nom d'usage le cas échéant).....décédé(e) le ___/___/____
- CONCUBIN (Copie du certificat de concubinage ou tout justificatif apportant la preuve d'une vie commune)
- PARTENAIRE DE PACS (Copie de l'attestation du PACS)

POUR LE MOTIF SUIVANT (à cocher obligatoirement par l'ayant droit) :

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt, merci de préciser :
- Faire valoir ses droits

II- DOCUMENTS DEMANDES :

PERIODES ET SERVICES CONCERNES :

Date d'entrée : ___/___/____ et date de sortie : ___/___/____ dans le service de :

DESIGNATION DES PIECES SOUHAITEES :

- Comptes rendus d'hospitalisation Comptes rendus de consultation
- Autres pièces (à préciser) :

III- MODES DE COMMUNICATION :

- Je demande à récupérer directement les informations sur place en présentant ma pièce d'identité.
- Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception.
- Je demande l'envoi postal au médecin de mon choix (nom et coordonnées à préciser :)(des informations par Lettre Recommandée avec Accusé de réception.
- Je souhaite consulter le dossier sur place.

DATE :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

Les coûts de reproduction des documents demandés :

0.18€ par photocopie – Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception en fonction du poids de l'envoi.