

**Formulaire de demande de communication de dossier médical**  
**Ayant droit de personne décédée**  
(Article L. 1111-7. du Code de la Santé Publique)

**Je soussigné(e) (Nom - Prénom) :** .....

Né(e) le ..... à .....

Domicilié(e) .....

**Veillez, SVP, joindre la copie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire...) et d'un justificatif de domicile de moins de trois mois (quittance de loyer, gaz, téléphone)**

**Demande la communication du dossier médical de (patient):**

Mme, Melle, Mr.(Nom Prénom).....

Né(e) le..... à .....

Domicilié(e) .....

Décédé(e) le.....

Préciser le lien de parenté avec la personne décédée : .....

**Veillez, SVP, joindre la copie d'un justificatif de votre qualité d'ayant droit (ex : livret de famille complet ou attestation de filiation, certificat d'hérédité à solliciter auprès du notaire chargé de la succession)**

**Pour le motif suivant : à préciser obligatoirement**

- connaître les causes de la mort       faire valoir un droit       défendre la mémoire du défunt

**Pour les deux derniers motifs, merci de motiver la demande**

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

Afin de mieux vous satisfaire, veuillez préciser les dates de séjours, service et nom des médecins

Date ..... Service ..... Médecin.....

Date ..... Service ..... Médecin.....

Date ..... Service ..... Médecin.....

**Modalités de transmission :**

- envoi postal des copies à mon avocat comme spécifié dans le mandat joint ;  
 envoi postal des copies à mon domicile ;  
 consultation des éléments sur place, au Centre Hospitalier Henri Laborit, en présence d'un médecin hospitalier.  
 remise des éléments sur place, au Centre Hospitalier Henri Laborit.

**CADRE RESERVE AU CENTRE HOSPITALIER HENRI LABORIT**

**Les frais de photocopies et d'envoi postal sont à la charge du demandeur.  
La facture est adressée après envoi définitif du dossier.**

Dossier N°		Nbre de photocopies (à remplir par le service de soins)	Coût
	Prix unitaire de la photocopie 0,18 €		
	Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception Tarif de la Poste		
	<b>TOTAL DES FRAIS</b>		
DAF			

Fait à ....., le ...../...../..... (Signature du demandeur)

**Document à retourner à :**

**Direction en relation avec les Usagers**

**Centre Hospitalier Henri Laborit – 370 avenue Jacques Cœur – CS 10587 – 86021 POITIERS Cedex**

**☎ (Secrétariat) : 05.49.44.58.55 - Fax 05.49.44.58.35 – Courriel : direction-usagers@ch-poitiers.fr**