



DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MÉDICAUX POUR PATIENT DÉCÉDÉ (*AYANT DROIT*)

DOCUMENT À RETOURNER DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ :

Pour les dossiers des centres hospitaliers de Thionville et Hayange

Bureau Dossiers Patients (DIM) – Hôpital BEL-AIR – 1-3 rue du Friscaty – BP 60 327 –
57126 THIONVILLE CEDEX
(ou par mail : sec-dims-th@chr-metz-thionville.fr)

Pour les dossiers du centre hospitalier de Metz

Bureau Dossiers Patients (DIM) – Hôpital de MERCY – 1, Allée du Château – CS 45001 –
57085 METZ CEDEX 03
(ou par mail : sec-dims-mz@chr-metz-thionville.fr)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE PATIENT

Nom de naissance : Prénom :
Nom marital :
Date de naissance : [] [] / [] [] / [] [] [] [] [] [] Sexe :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT L'AYANT DROIT

Nom prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
.....
Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Mail :

TOURNEZ S.V.P

Merci de préciser les motifs de la demande

(CADA, avis n°20094291, 22 décembre 2009 : La commission rappelle, que si l'objectif relatif aux causes de la mort n'appelle pas de précisions supplémentaires, il en va différemment des deux autres objectifs. Il appartient au demandeur de préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant.)

La communication des éléments du dossier médical peut être opposée aux ayants droits en cas de refus exprimé par le patient

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt (**Justifier**)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Faire valoir vos droits (**Justifier**)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBLIGATOIRE : Préciser la (les) date(s) ET le(s) service(s) :

.....

.....

MODALITÉS DE COMMUNICATION DU DOSSIER

Envoi des copies par courrier en AR

Copies sous format :

Papier

CD ROM

Au demandeur

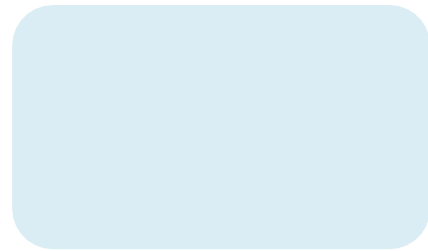
Au médecin de votre choix

Nom et coordonnées du médecin :

.....

Envoi par mail crypté (si le volume le permet)

Fait à le **Signature :**



Voir détail des pièces à fournir page 4

PIÈCES À JOINDRE AU FORMULAIRE

Dans tous les cas, fournir :

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité vous concernant

ET

- Copie de l'acte de décès

ET selon la situation :

- Preuve de la qualité d'ayant-droit (héritier) :
Copie du livret de famille, certificat d'hérédité ou acte de notoriété dressé par un notaire
- Preuve de la qualité de concubin : *Certificat de concubinage, témoignages, déclarations sur l'honneur*
- Preuve de la qualité de partenaire de PACS :
Production du Pacs ou d'un document d'état civil

COÛT DE REPRODUCTION DU DOSSIER À VOTRE CHARGE

Nous vous ferons parvenir **les frais de reproduction qui sont fixés** (par un arrêté du 1^{er} octobre 2001) à **0,18 €** ainsi que les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception. Les documents peuvent vous être transmis au format papier ou sur CD ROM.

Les documents seront envoyés dès réception du règlement.

AUCUNE REMISE DE DOSSIER SUR PLACE

LE DOSSIER EST ENVOYÉ EN RECOMMANDÉ AVEC ACCUSÉ RÉCEPTION AFIN DE PRÉSERVER LA CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS

Les frais de reproduction et d'envoi sont gratuits en-dessous de 10 copies.

Délai de communication

Il faut compter 8 jours maximum, entre la réception de la demande et l'accès au dossier.

Ce délai est porté à 2 mois pour les dossiers datant de plus de 5 ans