

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom de naissance : Prénom :
Nom marital : Né(e) le :
Adresse :
.....
..... Téléphone :

Qualité d'ayant droit :

- marié(e), concubin(e), pacsé(e) ⁽²⁾ père, mère ⁽⁴⁾
 enfants ⁽³⁾ frère, sœur ⁽⁴⁾
 autres (héritiers, autres membres de la famille...) ⁽⁴⁾

préciser :
.....

⁽²⁾ joindre la photocopie du livret de famille ou acte de concubinage ou contrat de pacs + la pièce d'identité recto-verso du demandeur

⁽³⁾ joindre la photocopie du livret de famille ou acte de naissance + la pièce d'identité recto-verso du demandeur

⁽⁴⁾ joindre un acte de notoriété + la pièce d'identité recto-verso du demandeur

IDENTITE DU PATIENT DECEDÉ

Nom de naissance : Prénom :
Nom marital : Né(e) le :
Décédé(e) le : au CHBA ⁽⁵⁾ autre (*joindre l'acte de décès*)

⁽⁵⁾ Centre hospitalier Bretagne Atlantique - Vannes ou Auray

MOTIF DE LA DEMANDE

L'intégralité du dossier médical d'un patient décédé n'est pas communicable à ses ayants droits.

Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre aux trois motifs prévus par la loi (Art. L.1110-4 du Code de la Santé Publique). Cocher la ou les cases :

- Connaître les causes du décès
 Faire valoir ses droits (*joindre une lettre expliquant le motif*)
 Défendre la mémoire du défunt (*joindre une lettre expliquant le motif*)

SEJOUR CONCERNE PAR LA DEMANDE

Date de la venue	Service(s) de la venue	Nom du médecin	Vannes	Auray
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODALITES DE COMMUNICATION

- Viendra chercher sur place (dès mise à disposition des copies)
 par envoi postal ⁽⁶⁾ (mode d'envoi par défaut)
⁽⁶⁾ envoi des copies par lettre recommandée et facturées au demandeur.

LES FRAIS D'ENVOI DONNENT LIEU A FACTURATION

La délivrance des copies, quel qu'en soit le support, est gratuite.

L'envoi de la copie du dossier médical se fait par lettre recommandée avec avis de réception et il **est facturable** au demandeur aux tarifs en vigueur à la poste.

Fait à

le

Signature obligatoire :

FORMULAIRE A RETOURNER DUMENT COMPLETE A L'ADRESSE SUIVANTE :

**Par courrier à : Centre Hospitalier Bretagne Atlantique DIRECTION GENERALE
20 bd Général Maurice Guillaudot B.P. 70555
56017 VANNES**

ou

Par Mail : communication.dossier-patient@ch-bretagne-atlantique.fr