

**DEMANDE DE COMMUNICATION DES ÉLÉMENTS  
DU DOSSIER MÉDICAL D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE**

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un défunt. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire.

Pour toutes questions, vous pouvez vous adresser au service Droits des Patients (tél : 05-63-48-48-52 ou mail [droitsdespatients@bonsauveuralby.fr](mailto:droitsdespatients@bonsauveuralby.fr)).

**Identification du demandeur**

M.,Mme : .....

Demeurant : .....

..... Numéro de téléphone : .....

Préciser votre qualité d'ayant-droit : .....

**Identité du patient décédé**

M.,Mme : .....

Date de naissance : .....

**Ayants droits et justificatifs nécessaires**

D'après l'article 734 du Code civil, les ayants droits s'entendent des héritiers appelés à succéder. Il dispose en effet que :

« en l'absence de conjoint successible, les parents sont appelés à succéder ainsi qu'il suit :

1° les enfants et leurs descendants,

2° les père et mère ; les frères et sœurs et les descendants de ces derniers,

3° les ascendants autres que les père et mère,

4° les collatéraux autres que les frères et sœurs et les descendants de ces derniers.

Chacune de ces quatre catégories constitue un ordre d'héritiers qui exclut les suivants ».

➤ **copie de l'acte de décès du patient**

➤ **copie d'une pièce d'identité du demandeur** (copie recto-verso de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport ou de votre permis de conduire)

➤ **copie du livret de famille**

➤ **copie du testament et/ou de l'acte notarié**

### Motif de la demande

- Faire valoir un de vos droits\*
- Connaître les causes du décès du patient \*
- Défendre la mémoire du défunt\*

\* Le motif doit être motivé **obligatoirement** sur un courrier joint à la demande.

*Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls vous serez communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus.*

### Mode de communication

- remise du dossier avec un entretien médical sur le lieu de prise en charge**  
(conseillée par l'établissement car il permet un accompagnement lors de la remise des documents)
- ou  **venir retirer le dossier sur place** (sans entretien médical)
- ou  **envoi à mon domicile**
- ou  **envoi au médecin de mon choix**

Nom et adresse du médecin : .....

.....

*Nous attirons votre attention sur le fait que les coûts de reproduction et l'envoi des documents en recommandé avec accusé de réception sont facturables au demandeur au-delà de 10 copies.*

#### **Facturation des copies de dossiers médicaux**

- copie d'une feuille de format A4 : 0,18 HT,
- frais d'expédition : courrier en recommandé au tarif en vigueur (envoi au domicile ou au médecin désigné).

Je reconnais M. / Mme ..... accepter le principe du règlement. J'ai été informé(e) des tarifs. Une fois le document renvoyé, une facture me sera adressé après le retour d'évaluation effectué par les services médicaux. À défaut de d'accepter et de régler la facture, je reconnais avoir été informé(e) qu'aucune copie de pièce ne me sera transmise.

*Nous attirons votre attention sur les précautions à prendre s'agissant du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).*

À .....

Le .....

SIGNATURE

**Documents à retourner accompagnés des justificatifs demandés à :**  
**Direction Générale**  
**Fondation Bon Sauveur d'Alby**  
**7, rue de Lavazière**  
**CS 81180**  
**81025 ALBI cédex 9**