



DEMANDE D'INFORMATIONS MEDICALES DE LA PART D'UN AYANT DROIT

Vous souhaitez obtenir des informations médicales concernant une personne décédée dont vous êtes l'ayant droit. Afin de satisfaire votre demande, merci de compléter ce questionnaire et de le retourner, accompagné des justificatifs demandés au :

Département d'Information Médicale
Dr F. JOUBERT
BP 30039 – 95 Bd Pinel – 69678 BRON CEDEX

Département d'Information Médicale

Médecin Responsable :
Fabien JOUBERT

Cadre de Santé :
Franck SALA

Administrateur Cortexte :
David BARTHELEMY

Statisticiennes :
Elodie RAGINEL
Morgane HECHINGER

Secrétaires médicales :
Daisy BURONFOSSE
Michelle MADINIER
Secretariat_DIM@ch-le-vinatier.fr

☎ : 04.37.91.54.40

☎ : 04.37.91.54.35

Je, soussigné(e), Mr, Mme, Mlle (nom, prénom ; pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille).....

Né (e) le : Tél :

Domicilié (e) :

Ayant droit de :

Nom, prénom du patient :

Né (e) le :

Domicilié (e) :

Demande à obtenir communication de la copie des informations médicales **permettant de répondre aux motifs suivants :**

(à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation, pour le dossier d'un (e) patient (e) décédé (e))

- Connaître les causes du décès
 Défendre la mémoire du défunt
 Faire valoir un de vos droits, précisez lequel :

Selon les modalités suivantes :

Remise sur place à l'hôpital, au Département d'Information Médicale

Prendre rendez-vous en téléphonant au 04-37-91-54-40 – du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00

Envoi postal en recommandé avec accusé de réception

Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à une facturation (0,20 € la photocopie + RAR)

à Mr, Mme, Mlle ou Dr :

Renseignements facilitant la recherche du dossier :

Dates de l'hospitalisation, service d'hospitalisation :

Justificatifs demandés :

- une copie de votre carte d'identité, ou passeport, ou titre de séjour,
- une copie intégrale du livret de famille
- les pièces justifiant de votre qualité d'ayant-droit (copie d'un certificat d'hérédité ou d'un acte de notoriété)
- une copie de l'acte de décès du patient

Date :

Signature :

Lieu :