

DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES A UN DOSSIER PATIENT DECEDÉ

**IMPRIME à RETOURNER par le DEMANDEUR à la DIRECTION d'ETABLISSEMENT
à l'adresse suivante : Centre hospitalier Francis Robert – Direction générale
160 Rue du Verger – 60229 – 44156 ANCENIS - Cedex**

IDENTITE DU DEMANDEUR ^①

NOM DE FAMILLE : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : /__ / __ / ____ /

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE:

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

TELEPHONE : /__ / __ / __ / __ / __ /

Code Postal : /__ / __ / __ / __ /

VILLE.....

QUALITE D'AYANT-DROIT

- Epoux, Epouse ^②
 Concubin ^③
 Enfants ^②

Autres (héritiers, bénéficiaires d'une assurance
décès...) ^{④⑤}

IDENTITE DU PATIENT DECEDÉ

NOM DE FAMILLE : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOMS :

LIEU DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE : /__ / __ / ____ /

ADRESSE:
.....

Code Postal : /__ / __ / __ / __ /

VILLE :

Cadre réservé à l'Administration

N° IPP :

MOTIF DE LA DEMANDE ⑥

- Recherche de la connaissance des causes du décès. ⑥
- Défendre la mémoire du défunt. ⑥
- Faire valoir les droits des ayants droits. ⑥

- ①- Joindre copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.
- ②- Joindre copie du livret de famille ou copie du certificat d'hérédité.
- ③- Joindre copie de l'attestation de concubinage ou de pacte civil de solidarité.
- ④- Joindre copie du jugement de tutelle.
- ⑤- Joindre copie de l'attestation du notaire.
- ⑥- Joindre une lettre explicitant le motif.

MODALITES DE COMMUNICATION

Modalités de communication :

Par envoi d'une copie ⑤ :

à moi-même

à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)

Nom et prénoms de votre médecin désigné :

Code Postal : . / _ / _ / _ / _ / _ / VILLE :

Par communication sur place ⑥ de Préférence le :

Mardi de 9 H 00 à 12 H 00)

Mardi de 14 H 00 à 17 H 00)

Jeudi de 9 H 00 à 12 H 00)

Jeudi de 14 H 00 à 17 H 00)

Serez-vous accompagné d'un tiers :

OUI NON

DESIGNATION DES PIÈCES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITÉES

<input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation <input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Comptes rendus opératoires <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie <input type="checkbox"/> Courriers échangés entre professionnels de santé	<input type="checkbox"/> Informations relatives aux soins infirmiers <input type="checkbox"/> Copies des radiographies <input type="checkbox"/> Copies des comptes rendus d'examens complémentaires (biologie, radiologie...) <input type="checkbox"/> Autres pièces :
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NB : les pièces communiqués au demandeur seront en rapport exact avec le motif de la demande, telle qu'elle aura été formulée.

Fait à Le : Signature :

- ② - Si l'envoi est supérieur à 20 copies, la photocopie est facturée 0,15 €
- ③ - Aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier

DECISION DE COMMUNICATION
(CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)

ACCEPTATION

Date de transmission des informations demandées :

- au demandeur : /__/__/____/
- au médecin désigné /__/__/____/

Date de consultation du dossier patient sur place : /__/__/____/ Lettre du :

Précisions sur le ou les pièces communiquées et les séjours concernés :

Comptes rendus de consultation

Comptes rendus d'hospitalisation

Comptes rendus opératoires

Dossier d'anesthésie

Courriers échangés entre professionnels de santé

Informations relatives aux soins infirmiers

Copies des radiographies

Comptes rendus d'examens complémentaires (biologie, radiologie...)

Autres pièces

REFUS

Date : /__/__/____/

Motif:

.....

Refus d'un patient concernant la communication de son dossier à un ou à ses ayants droits.

Date : /__/__/____/

Délivrance d'un certificat médical

Date : /__/__/____/

Date :

Signature :

FRAIS DE FACTURATION DE LA COMMUNICATION DE PIÈCES DU DOSSIER PATIENT

Relevé du nombre de copies

	Nombre de pages
<input type="checkbox"/> Compte rendu de consultation	_____
<input type="checkbox"/> Compte rendu d'hospitalisation	_____
<input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire	_____
<input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie	_____
<input type="checkbox"/> Courriers échangés entre professionnels de santé	_____
<input type="checkbox"/> Informations relatives aux soins infirmiers	_____
Total des pages	_____
Prix de la reproduction	_____ X 0,15 €

Total A

€

Clichés radiographiques

<input type="checkbox"/> Clichés radiographiques de format 24X30 cm	_____	
<input type="checkbox"/> Clichés radiographiques de format 36X43 cm	_____	
Total des clichés radiographiques (24x30)	_____ X 1,68 € =	
Total des clichés radiographiques (36x43)	_____ X 3,51 € =	

Total B

€

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Date de communication :

Total A, B

€



PRET DE CLICHES RADIOGRAPHIQUES ET/OU ECHOGRAPHIQUES

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Date de naissance : __/__/__

Agissant pour le compte de :

Nom : Prénom :

Date de naissance : __/__/__

Lien de parenté ou de responsabilité légale :

souhaite disposer des clichés de radiographies et/ou échographies

et m'engage à les restituer au Centre hospitalier d'Ancenis dans un délai d'un mois à compter de la date de prêt.

Date :

Signature :

Centre hospitalier d'Ancenis - Secrétariat de direction
160 rue du Verger – BP 60229 – 44156 ANCENIS Cedex
☎ - 02.40.09.44.01 – 🖨 - 02.40.09.44.15