



CLINIQUE  
DES PORTES  
DE L' EURE

## *Demande de communication de documents médicaux par l' ayant droit d' un patient décédé*

### *Identité du demandeur*

Je soussigné(e) Mr/Mme (*nom, prénoms ; pour les femmes mariées, préciser le nom de jeune fille*)

Adresse postale \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec le patient \_\_\_\_\_

### *Ayant droit de :*

Mr/Mme (*nom /nom de jeune fille, prénoms ;*)

Date de naissance \_\_\_\_\_ Décédé(e) le \_\_\_\_\_

Hospitalisé(e) / Suivi(e) à la Clinique du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dans le service de \_\_\_\_\_

### *Demande à obtenir la communication de documents médicaux établis à son nom, pour le motif suivant :*

- Connaître les causes du décès
- Faire valoir un droit
- Défendre la mémoire du défunt

**Attention** : l' établissement ne communiquera que les éléments du dossier répondant strictement à l' objectif poursuivi, précisé ci-dessus.

### *Selon les modalités suivantes :*

*Conformément à l' article 1111-7 du Code de Santé Publique, les frais de reproduction et d' envoi des documents vous seront facturés.*

- Envoi postal en recommandé à l' adresse du demandeur
- Envoi postal au Docteur (*nom, prénom, adresse*) \_\_\_\_\_

- Remise de copies en mains propres à la Clinique
- Consultation sur place

A Vernon, le :

Signature du demandeur :