



DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER PATIENT pour un ayant droit

(Loi du 4 mars 2002, Art. L. 1111-7 et suivants du CSP,
Art. R. 1112-1 et suivants du CSP)

Je soussigné (e) : Madame Monsieur

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille (le cas échéant) : Date de naissance :

Adresse postale :

Code postal : Ville :

Tél : Adresse mail :

Agissant en qualité d'ayant droit de :

NOM (du patient) : Prénom (du patient) :

Date de naissance (du patient) :

Demande à obtenir la communication du dossier patient pour le motif suivant : [cocher la case de votre choix]

- Connaitre les causes du décès
- Faire valoir un droit (précisez) :
- Défendre la mémoire du défunt (précisez) :

Selon les modalités suivantes : [cocher la case de votre choix]

- Consultation sur place
- Documents remis en main propre
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception au demandeur
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception au médecin de votre choix
Nom, prénom, adresse du médecin :

Nota bene : La communication des informations vous sera transmise dans un délai de 8 jours maximum dès la réception complète de votre demande pour un dossier inférieur à 5 ans, et dans un délai de 60 jours pour un dossier supérieur à 5 ans.

Date :

Signature :

Informations importantes :

- Joindre impérativement :
 - o une **copie d'une pièce d'identité recto-verso ou passeport**
 - o une **copie de l'acte de décès du patient**
 - o une **preuve de la qualité d'ayant droit au sens successoral** (Ex. : acte notarié, certificat d'hérédité ...)
- Votre demande est à compléter et à adresser de préférence par mail : qualite@cpn-laxou.com ou par courrier à :

Cellule Qualité

1, rue du Docteur Archambault - BP 11010 - 54521 LAXOU CEDEX

- Donnent lieu à **facturation** les frais d'envoi et/ou les frais de photocopie au-delà de 60 pages, soit 0,18 centimes par page supplémentaire.
- Pour tout **renseignement complémentaire**, vous pouvez contacter la Cellule Qualité, Gestion des risques du CPN. Tél : 03 83 92 50 07