



DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES  
À UN DOSSIER DE PATIENT / RÉSIDENT DÉCÉDÉ

IMPRIMÉ à RETOURNER par le DEMANDEUR à l'adresse suivante :

Madame Valérie Boismartel, Directrice  
Centre Hospitalier de Vendôme-Montoire  
98 rue Poterie, BP 30108  
41100 VENDÔME CEDEX

Identité du demandeur ①

NOM D'USAGE : .....

TÉLÉPHONE : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

PORTABLE : .....

PRÉNOMS : .....

E-MAIL : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : .....

.....

VILLE : .....

Qualité d'ayant droit

Époux, Épouse ②

Père, mère, représentant légal d'un enfant mineur ②

Pacsé ③, Concubin ④

Autres (héritiers, bénéficiaires d'une assurance  
décès...) ⑤

Enfants ②

Identité du patient/résident décédé ①

NOM D'USAGE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

DATE DU DÉCÈS : .....

PRÉNOMS : .....

Cadre réservé à l'administration

N° IPP : .....

Motif de la demande

(ne cocher qu'un seul motif)

Recherche de la connaissance des causes du décès

Défendre la mémoire du défunt (justifier en quoi elle est attaquée)

Faire valoir les droits des ayants droits (préciser lesquels)

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) et une copie de la décision du juge des affaires familiales en cas de séparation ou de divorce.

③- Joindre copie de l'acte du pacs.

④-Joindre copie taxe d'habitation (les personnes composant le foyer sont mentionnées), ou attestation de vie commune.

⑤-Joindre copie de l'attestation du notaire ou du contrat d'assurance.

Tournez la page →



DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES  
À UN DOSSIER DE PATIENT / RÉSIDENT DÉCÉDÉ

Service ou unités de soins fréquentés

| Désignation du service | Périodes |      |       |      |      |       |
|------------------------|----------|------|-------|------|------|-------|
|                        | du       |      |       | au   |      |       |
|                        | Jour     | Mois | Année | Jour | Mois | Année |
|                        |          |      |       |      |      |       |

Modalités de communication

- Viendra chercher sur place
- Par envoi en lettre recommandée
- Par envoi en lettre simple
- à moi-même ou  à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)
- Nom et Prénom de votre médecin désigné : .....
- Adresse : .....
- Code Postal : ..... Ville : .....
- Par communication sur place ①
- Serez-vous accompagné d'un tiers :  OUI  NON
- ①- Un accompagnement médical peut vous être proposé sur simple demande

Désignation des pièces du dossier patient/résident souhaitées

.....  
.....

NB : Les pièces communiquées au demandeur seront en rapport exact avec le motif de la demande, telle qu'elle aura été formulée (cf. articles L 1110-4 alinéa 7 et R 1111-7 du code de la santé publique).

Fait à ..... le : ..... Signature :

Partie réservée au service des relations avec les usagers

Date d'envoi des copies du dossier : en lettre simple  en lettre recommandée

Date de rendez-vous avec le demandeur :

Nombre de copies :