

# Formulaire ayant droit

Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer sa confidentialité, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

## À nous retourner à :

Centre Hospitalier Le Mans – Direction Qualité et Patients  
Service droits des patients  
194 avenue Rubillard – 72037 Le Mans Cedex 9

## Ou par mail :

demandedossiermedical@ch-lemans.fr

## 1. Identité du patient décédé

Nom ..... Prénom.....

Née le ...../...../..... Décédé le ...../...../.....

## 2. Identité du demandeur ayant droit

Nom ..... Prénom.....

Née le ...../...../.....

Adresse .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. (obligatoire) ..... Mail.....

Exerce son droit en qualité de (indiquer la filiation du patient) : .....

## 3. Informations relatives à la demande

Selon le décret du 29 avril 2022 du code de la Santé Publique, « la communication du dossier aux ayants-droits porte uniquement sur les « seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi ».

**Le dossier médical complet ne peut être communiqué.**

Motif(s) de demande (obligatoire) :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir ses droits

## 4. Nature des documents demandés

Les éléments du dossier médical requis :

Compte-rendu d'hospitalisation du dernier service qui précise les causes du décès

Autres documents (à préciser) : .....

.....

.....

## 5. Modalités de communication des documents

Communication des éléments du dossier médical établi selon les modalités suivantes :

Par consultation sur place à l'hôpital sur rendez-vous dans le service concerné par les soins

Par envoi postal à : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Par envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) : .....

## 6. Justificatifs de documents à fournir

Photocopie recto et verso d'une pièce d'identité (passeport, carte d'identité)

Livret de famille

Acte de décès si le décès a eu lieu hors du Centre Hospitalier du Mans

## 7. Attestation

Je soussigné(e),  M.  Mme .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature

Pour tous renseignements complémentaires, merci de contacter le **Département des Dossiers Médicaux** au **02 44 71 01 80**.