



Les dossiers de consultations sont à demander directement au praticien

Document à retourner à l'adresse suivante :

Secrétariat de direction - Santé Atlantique – avenue Claude Bernard – 44819 SAINT HERBLAIN CEDEX

1 - Demandeur

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Né(e) le :

Domicilié(e) : CP : Ville :

☎ fixe : |_|_|_|_|_|_|_| ☎ portable : |_|_|_|_|_|_|_|

demande la communication de documents médicaux au nom de :

Nom et prénom du patient :

Né(e) le : |_|_|_|_|_| Décédé(e) le : |_|_|_|_|_|

Lien de parenté :

2 - Motif de la demande (à renseigner obligatoirement)

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

Conformément à la législation, le médecin responsable du dossier médical se chargera de sélectionner les documents médicaux qui vous seront transmis, ceux-ci devant être en lien avec le motif précité.

3 - Renseignements pour la recherche du dossier

Dates d'hospitalisation : du |_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_| N° de dossier :

Service d'hospitalisation : Nom du médecin :

4 - Modalités (Veuillez cocher une seule case)

- Consultation sur place à Santé Atlantique
- Remise en main propre
- Envoi postal à mon domicile (lettre recommandée avec AR)

Pièce(s) justificative(s) à fournir avec votre demande :

- Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport).
- Copie du livret de famille justifiant de votre lien de parenté.
- Copie du PACS ou du certificat de concubinage.
- Acte de notoriété délivré par le notaire responsable de la succession.

Je déclare avoir été informé(e) que les frais de copie et d'envoi en recommandé donnent lieu à facturation (0,15€ par copie et coût du recommandé selon tarif en vigueur). Je m'engage à m'acquitter de cette somme dès réception de la facture.

Date |_|_|_|_|_|

Signature du demandeur