

## 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](mailto: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 documents souhaités 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 document 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
- ☐ Tout document justifiant la qualité d'ayant droit

## 7. Attestation

Je soussigné(é) ☐ 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**.

### Cadre réglementaire :

Loi du 2002-303 du 04 mars 2002 – Décret n°2002-637 du 29 avril 2002  
Conseil d'Etat n°27.02.34 – Arrêt du 26 septembre 2005

Arrêté du 05 mars 2004  
Arrêté du 03 janvier 2007

Établissements membres de la direction commune des Hôpitaux de Sarthe  
CH Le Mans | Pôle Santé Sarthe et Loir | CH La Ferté-Bernard | CH Saint-Calais | CH Montval-sur-Loir | CH Le Lude  
Établissements membres du Groupement Hospitalier de Territoire de la Sarthe (GHT 72)

**ch-lemans.fr**