

Je, soussigné-e M. - Mme, (nom en majuscules, prénom)

Adresse postale

Téléphone / / / / / / / /

Courriel @

Lien avec le patient

Ayant droit, partenaire lié par un PACS ou concubin de :

M. - Mme, (nom en majuscules, prénom, nom de jeune fille)

Date de naissance / / / / - Téléphone / / / / / / / /

Décédé-e le / / / / / Lieu du décès :

Suivi-e à l'hôpital (nom de l'hôpital de l'AP-HP)

Dans le service

Demande la transmission de documents médicaux établis à son nom, pour le motif suivant :

connaître les causes du décès
 faire valoir un droit*

défendre la mémoire du défunt*

* précisez obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

Attention : les médecins ne pourront communiquer que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus.

Date :

Signature

- **Justificatifs à produire dans tous les cas :** copie d'une pièce d'identité à votre nom à laquelle il convient d'ajouter :
 - Pour le conjoint survivant et enfant(s) : copie du livret de famille
 - Pour les autres demandeurs :
 - acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d'ayant droit ou certificat d'hérédité (pour les communes qui les délivrent),
 - copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement.
 - pour le partenaire d'un PACS : copie de l'acte de naissance portant mention du PACS ou preuve de l'inscription du contrat PACS sur le registre tenu au greffe du TGI de Paris.
 - pour le concubin : éléments prouvant la situation.
- Les frais de copie et d'envoi sont facturables.