

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL
À REMPLIR PAR UN AYANT DROIT**

Imprimé à retourner à l'adresse suivante :
Monsieur le Directeur de l'EPSM G. DAUMEZON
1 route de Chanteau - BP 62016
45402 FLEURY LES AUBRAIS Cedex

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Mme M.

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Qualité du demandeur :

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

MOTIF DE LA DEMANDE

Connaître les causes de la mort du défunt

Défendre la mémoire du défunt, préciser le motif :

Faire valoir un de vos droits, préciser lequel :

MODALITÉS DE COMMUNICATION DU DOSSIER

ENVOI :

RETRAIT À L'EPSM :

CONSULTATION À L'EPSM

À VOUS-MÊME

AU MÉDECIN DE VOTRE CHOIX :

- Nom du médecin :

- Adresse postale du médecin :

PAR VOUS-MÊME (se munir d'une pièce d'identité)

PAR UNE TIERCE PERSONNE (se munir de votre pièce d'identité et de celle du patient et d'une procuration)

CONSULTATION SIMPLE, sans accompagnement soignant ni médical. Au sein du bâtiment administratif de l'EPSM sur jours et heures ouvrés.

Pour une durée d'une heure maximum.

FRAIS DE REPRODUCTION (à la charge du demandeur)

Prix unitaire de la reproduction d'une copie A4 :

0.28€

Les frais d'expédition, en recommandé avec accusé de réception, seront également à votre charge

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

COPIE DE VOTRE PIÈCE D'IDENTITÉ RECTO/VERSO en cours de validité
COPIE DE L'ACTE DE DÉCÈS
COPIE D'UN DOCUMENT PERMETTANT DE JUSTIFIER VOTRE QUALITÉ D'AYANT-DROIT

Fait à :

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

Signature du demandeur

**Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le présent formulaire, vous pouvez contacter
le secrétariat du service Qualité au 02.38.60.57.04**

service.qualite@epsm-loiret.fr