



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES DOSSIER PATIENT**

**IDENTITE DU PATIENT CONCERNE**

Nom d'usage :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Si patient décédé, date de décès :

Adresse :

Téléphone :

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom :

Adresse :

Prénom :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal (père, mère, tuteur)

Ayant droit (époux, enfants, héritiers, bénéficiaire d'une assurance décès...)

**MOTIF DE LA DEMANDE (uniquement pour les ayants droits)**

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir les droits des ayants droits

Conformément à l'arrêté du 3 janvier 2007, vous devez préciser les motivations lorsqu'il s'agit de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir les droits des ayants droits :

.....  
.....  
.....



### MODALITES DE COMMUNICATION

- Consultation sur place ; un rendez-vous vous sera proposé  
 Remise en main propre sur place ; vous serez contacté pour vous indiquer à quel moment venir chercher votre dossier  
 Envoi postal à mon domicile

Envoi postal au médecin de mon choix ; Veuillez préciser le nom, prénom et adresse :

.....  
.....  
.....

Si vous optez pour la consultation sur place, vous avez la possibilité de vous faire accompagner par le médecin médiateur de l'établissement :

- Je souhaite être accompagné du médecin médiateur de l'établissement  
 Je ne souhaite pas être accompagné du médecin médiateur de l'établissement

### DOCUMENTS A FOURNIR

- Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité ou d'un passeport (en cours de validité) attestant votre qualité de demandeur  
 Photocopie d'un document prouvant que le demandeur dispose de l'autorité parentale (livret de famille, extrait d'acte de naissance) pour les demandes concernant les mineurs  
 Photocopie d'un document attestant la qualité d'ayant droit pour les demandes concernant les personnes décédées (livret de famille, certificat d'hérédité, attestaton du notaire...)

Fait à :

Date :

Signature :

**Formulaire à retourner, accompagné des documents à fournir, à :**

Centre Hospitalier Châteaubriant-Nozay-Pouancé  
Direction des relations avec les usagers  
Rue Verdun  
BP 229

44146 CHATEAUBRIANT CEDEX

**Ou** par courriel à [direction@ch-cnp.fr](mailto:direction@ch-cnp.fr)