

NOM Prénom du demandeur :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal et Ville :

Tél : Mail :

Demande à avoir accès au dossier médical de

NOM Prénom de la personne décédée :

Date de naissance :

Date de décès :

Lien de parenté avec le défunt :

Pour le motif suivant :

Connaître les causes du décès

Faire valoir des droits (*à préciser obligatoirement*) :

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

Défendre la mémoire du défunt (*à préciser obligatoirement*) :

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

Justificatifs à produire :

- **carte d'identité du demandeur** (copie recto-verso)
- **certificat de décès** de la personne
- **livret de famille**
- **acte de notoriété ou certificat d'hérédité** (sauf si le demandeur est le conjoint survivant) justifiant de votre qualité d'ayant-droit (d'héritier) de la personne décédée

Hospitalisation et/ou consultations concernées, dates, service(s)...

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

.../...

Je souhaite (*cochez la case correspondante*) :

- Recevoir les éléments à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais
- Venir les chercher à la Direction des Usagers
- Que ce dossier soit adressé sous pli recommandé, à mes frais, au médecin dont voici les coordonnées :

.....
.....

- Consulter les éléments sur place

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarifs postaux en vigueur
Prix unitaire de la photocopie / CD Rom / Clé USB	0,18 € / 1.50 € / 5.10 €

Date :

Signature :

Document à retourner, accompagné des justificatifs, à :

**GHR Mulhouse Sud Alsace
Hôpital du Hasenrain - Direction des Usagers (Pav. 4)
87 Avenue d'Altkirch - BP 1070 - 68051 MULHOUSE Cedex**

ou par mail à l'adresse DU@ghrmsa.fr

(Renseignements au 03.89.64.78.79 ou 78.14)