

Dossier Médical détenu par le Centre Hospitalier d'Auxerre  
Demande de communication par un  
**AYANT DROIT D'UNE PERSONNE DECEDÉE**

**1. Identité du demandeur**

Nom et prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date et lieu de naissance : ..... / ..... / ..... A .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Lien avec la personne décédée : .....

**2. Identité de la personne décédée**

Nom et prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date et lieu de naissance : ..... / ..... / ..... A .....

Décédé(e) le : ..... / ..... / ..... A .....

**3. Motif de la demande**

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire (**joindre un courrier motivant votre demande**)
- Faire valoir des droits (**joindre un courrier motivant votre demande**)

**Rappel des textes :**

**Article L.1110-4 du CSP : "Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué"**

**Arrêté du 5 mars 2004 : "Un ayant droit, outre le fait qu'il doit justifier de son statut d'ayant droit, doit préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations demandées; à savoir connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès."**

**4. Modalités de retrait de la copie des éléments du dossier médical de la personne décédée**

- Mise à ma disposition au secrétariat clientèle (niveau -2) **à retirer entre 8 h et 15 h 30**
- Envoyé par pli recommandé avec Accusé Réception
- Envoyé par pli simple

**5. Tarifs**

Je suis informé(e) que les frais de reproduction et d'expédition de ces documents me seront facturés après service fait sur la base des tarifs fixés par le Directoire du Centre Hospitalier d'Auxerre.

Date : .....

Signature :

**JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE, LA COPIE RECTO-VERSO DE VOTRE PIECE D'IDENTITE ET UN CERTIFICAT D'HEREDITE (l'accès au dossier médical étant réservé aux héritiers de la personne décédée)**

**Si vous rencontrez des difficultés à remplir ce document, n'hésitez pas à nous contacter au 03.86.48.47.66 de 8 h à 15 h 30**

Demande à renvoyer par lettre simple à :

OU

Demande à renvoyer par mail à :

Madame la Directrice de la Clientèle - Service "Dossiers médicaux"  
Centre Hospitalier - 2 Boulevard de Verdun - BP 69 - 89011 AUXERRE Cedex

[contactusager@ch-auxerre.fr](mailto:contactusager@ch-auxerre.fr)