

FORMULAIRE À TRANSMETTRE :

- Par courrier : Centre Hospitalier Cœur de Corrèze de Tulle
BP 160 - 3, Place Maschat - 19012 TULLE CEDEX
- Par mail : relations.usagers@ch-tulle.fr

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Téléphone : E-mail :

Adresse postale :

Demande la communication du dossier médical de :

Nom : Prénom :

Né(e) le : Décédé(e) le :

Dont je suis l'ayant droit

Produire le justificatif de cette qualité (copie de la Carte Nationale d'Identité (CNI) recto/verso du demandeur + tout document attestant de la qualité ayant droit + la copie du certificat de décès si le patient n'est pas décédé dans l'établissement)

- Conjoint survivant Descendants (enfants) Ascendant(s) (père, mère)
 Collatéraux privilégiés (frère, sœur ...etc) Autres

Objectif poursuivi (motif réglementaire et obligatoire)

- Connaître les causes du décès Défendre la mémoire du défunt Faire valoir des droits

Nature de la demande

Service(s) d'Hospitalisation ou de Consultation	Période / Année

Modalités de communication

- Envoi postal en LR/AR à mon adresse
 Retrait sur place
 Consultation sur place dans le service
 Procuration (fournir la copie de la pièce d'identité de la personne désignée avec attestation sur l'honneur d'autorisation de remise à une tierce personne identifiée)

Date :

Signature :