

Je, soussigné-e  M. -  Mme, (nom en majuscules, prénom)

Adresse postale : .....

Téléphone / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Courriel : ..... @ .....

Lien avec le patient .....

### **AYANT DROIT, PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS OU CONCUBIN DE :**

M. -  Mme, (nom en majuscules, prénom, nom de jeune fille).....

Date de naissance / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Décédé-e le / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de décès : .....

Suivi-e à l'hôpital (nom de l'hôpital de l'AP-HP) : .....

Dans le service : .....

### **DEMANDE LA TRANSMISSION DE DOCUMENTS MÉDICAUX ÉTABLIS À SON NOM, POUR LE MOTIF SUIVANT :**

connaître les causes du décès

faire valoir un droit\* .....

.....

.....

défendre la mémoire du défunt \* .....

.....

\* précisez obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

**Attention : les médecins ne pourront communiquer que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus.**

**Date :**

**Signature**

• **Justificatifs à produire dans tous les cas :** copie d'une pièce d'identité à votre nom à laquelle il convient d'ajouter :

• Pour le conjoint survivant et enfant(s) : copie du livret de famille

• Pour les autres demandeurs :

- Acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d'ayant droit ou certificat d'hérédité (pour les communes qui les délivrent),

- Copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement.

- Pour le partenaire d'un PACS : copie de l'acte de naissance portant mention du PACS ou preuve de l'inscription du contrat PACS sur le registre tenu au greffe du tribunal judiciaire de Paris.

- Pour le concubin : éléments prouvant la situation.

*Les frais de copie et d'envoi sont facturables.*