

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

1. Demande concernant le dossier médical de :

M. Mme

Date de naissance :

Dates d'hospitalisation à la Polyclinique Bordeaux Nord :

2. Demandeur :

Je soussigné(e) M. Mme

Joignable au : (numéro de téléphone)

Mail du demandeur :

En tant que : **Ayant droit (successeur légal et testamentaire du défunt)**

demande communication des éléments du dossier médical permettant de :

- Connaître la cause du décès
- Défendre la mémoire du défunt (*justificatif de l'attaque publique*)
- Faire valoir ses propres droits (*justificatif du droit concerné*)

3. Modalités de transmission du dossier

Sur place :

- Consultation sur place
- Récupération sur place

Envoi par la poste

- Personnel
- Envoi au médecin désigné

Signature

DIR-DE 12 rev 01