



Centre Hospitalier St-Jacques de Saint-Céré

ENR 298 ADG V0
09/11/2012

Formulaire à retourner dûment rempli et signé à : Service Affaires Générales CH Saint Jacques 46400 SAINT CERE.

case à cocher

Demandeur

Nom _____ Prénom _____

N° Téléphone (domicile ou portable) _____

* Qualité du demandeur

Le patient

Fournir une copie d'une pièce d'identité

Titulaire de l'autorité parentale

Fournir une copie du livret de famille ; en cas de divorce fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales

Déléataire de l'autorité parentale

Fournir la décision du juge aux affaires familiales

Tuteur

Fournir l'ordonnance du juge des tutelles

Ayants droits : Conjoint Père-Mère Frère-Sœur

Enfant Autre parent Autre

Fournir le ou les justificatifs de cette qualité: copie livret de famille / pièce d'identité

* Motivation pour les ayants droits

- connaître les causes de la mort

- défendre la mémoire du défunt

- droits à faire valoir

droit à pension

réparation d'un préjudice

droit à assurance

autres à préciser

Identité du patient

Nom _____ Prénom _____

Nom de la jeune fille _____

Date de naissance _____

Copie des informations médicales

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de préciser: les périodes d'hospitalisation

les services de soins et les documents concernés par votre demande: _____

Modalités de communication

*Consultation sur place

Avec accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)

Sans accompagnement médical

ET/OU En présence d'une tierce personne de mon choix

Sans présence d'une tierce personne

*Envoi à mon domicile / Adresse _____

*Envoi au médecin de mon choix / Nom et Adresse _____

*Retrait au service Affaires Générales - La secrétaire vous informera dès que le dossier sera disponible.

Date

Signature