

**A retourner, accompagné des justificatifs à l'adresse :**

EHPAD La Fontouna – Service qualité
187 avenue du Comte Saïssi – 06390 BENDJUN
Téléphone : 04.93.91.72.00 / Fax : 04.93.91.72.29 / Courriel : qualite@lafontouna.fr

IDENTITE DU DEMANDEURQualité du demandeur : Résident Tuteur Ayant-droit Représentant légalCivilité : Madame Monsieur

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Tél mobile :

Courriel :

IDENTITE DU RESIDENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)Civilité : Madame Monsieur

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Cas particulier : résident décédé le (*seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande*)**JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE****Résident** : copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité.**Représentants légaux d'un résident sous tutelle** : (1) copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du résident, et (2) copie du jugement de tutelle.

Ayant-droit : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte de décès et suivant sa qualité :

- copie du livret de famille (*enfant du défunt ou son époux/épouse*)
- copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (*partenaire du défunt*)
- certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée des concubins (*concubin*)
- et/ou certificat d'hérédité / acte notarié (*héritier autre*)

*La notion d'ayant droit englobe tous les successeurs légaux de la personne décédée¹.**La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le résident s'y est opposé de son vivant. Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droits d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent².*

A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, parmi les trois suivants :

- Connaître les raisons du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir vos droits

Pour les deux derniers motifs (défendre la mémoire du défunt, faire valoir vos droits), vous devez détailler votre demande (toute demande incomplète ne pourra être traitée).

Précisez :
.....
.....
.....¹ Arrêté du 3 janvier 2007, JO du 16 janvier 2007² Articles L.1110-4 et L.1111-7 du Code de la santé publique

**NATURE DES PIECES DEMANDEES**

- comptes rendus
- résultats d'examens (précisez) :
- imagerie médicale (précisez) :
- dossier de soins paramédical
- autres pièces (précisez) :
- intégralité du dossier

Précisez la ou les périodes de séjour concernées :

Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du résident dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès³.

MODALITES DE COMMUNICATION

Vous souhaitez :

- Une consultation sur place : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone
Vous bénéficierez de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales et pourrez vous faire remettre copie des documents médicaux que vous mentionnerez
- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- Une remise en main propre (avec ma carte d'identité) : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone
- Un envoi à un médecin de votre choix. Précisez ses coordonnées :

FRAIS DE REPROGRAPHIE ET D'ENVOI

- Frais de reprographie : selon les tarifs appliqués à l'EHPAD
- Frais d'envoi postal (lettre ou colis en recommandé avec accusé de réception) : selon tarif des frais postaux en vigueur

³ Article R.1112-7 du Code de la santé publique

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle.....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- reconnais avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical
- m'engage à m'acquitter de l'ensemble des frais de copie et d'envoi

J'ai bien noté que la copie du dossier médical me sera remise ou adressée par l'EHPAD La Fontouna de Bendejun à réception du paiement dont le montant m'aura été communiqué.

Date :

Signature du demandeur :