



Centre Hospitalier St-Jacques de Saint-Céré

Formulaire à retourner dûment rempli et signé à : Service Admissions CH Saint Jacques 46400 SAINT CERE

Demandeur

Nom : Prénom : Date de naissance :
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 *(Fournir le ou les justificatifs de cette qualité: copie livret de famille / pièce d'identité)*
☐ Conjoint ☐ Père-Mère ☐ Enfant ☐ Autre parent ☐ Frère-Sœur ☐ Autre :

Motivation pour les ayants droits :

- ☐ Connaître les causes de la mort
☐ Défendre la mémoire du défunt
☐ Droits à faire valoir : Précisez : ☐ droit à pension ☐ réparation d'un préjudice
☐ droit à assurance ☐ autres à préciser :

Identité du patient

Nom de naissance : Prénom :
Nom d'Usage : Date de naissance :

Copies des informations concernées (A préciser en vue d'une instruction adaptée de votre demande)

Période d'hospitalisation concernée : Date début : date fin :

Services de soins concernés :

Documents concernés :

Modalités de communication

- ☐ Consultation sur place :
☐ Avec accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)
☐ Sans accompagnement médical
☐ En présence d'une tierce personne de mon choix
☐ Sans présence d'une tierce personne
☐ Envoi à mon domicile (payant) / Adresse :
☐ Envoi au médecin de mon choix (via messagerie sécurisée) / Nom et Adresse :
☐ Retrait au service Admissions - La secrétaire vous informera dès que le dossier sera disponible.

Date

Signature