LES JOCKEYS
GROUPE HOSPITALIER

Référence : **DROIT012**
Version : 5 Date : 27/02/2026

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL
AYANT DROIT

La loi autorise les ayants droit à accéder à certaines informations médicales concernant le patient décédé, sous certaines conditions (Article L1110-4 du Code de la Santé Publique, Article L1111-7 du Code de la Santé Publique, Avis 20135291 de la CADA, séance du 30/01/2014) :

- ✓ La personne décédée ne doit pas s'y être opposée de son vivant ;
- ✓ Le demandeur doit impérativement justifier de sa qualité d'ayant droit ;
- ✓ Les ayants droit peuvent accéder aux seules informations leur permettant de répondre aux trois motifs cités par la loi :
    1. Connaître les causes de la mort ;
    2. Faire valoir ses droits ;
    3. Défendre la mémoire du défunt.

Le demandeur doit ainsi préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant.

L'établissement peut ainsi être conduit, selon les cas, à transmettre l'ensemble du dossier ou bien à se limiter à la communication des pièces répondant strictement à l'objectif poursuivi. L'équipe médicale n'est, en outre, nullement liée par une éventuelle liste de pièces réclamées par le demandeur.

PATIENT	AYANT DROIT
Nom de naissance :	Nom de naissance : .....
Nom d'usage :	Nom d'usage : .....
Prénom :	Prénom : .....
Date de naissance :	Date de naissance : .....
	Adresse : .....
	.....
	Tél : .....
	Adresse mail : .....

JUSTIFICATIFS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- ☐ Copie d'une pièce d'identité du demandeur (carte d'identité recto-verso ou passeport ou titre de séjour permanent, en cours de validité)
- ☐ Copie de l'acte de décès du défunt

Selon la qualité du demandeur :

- ☐ **Pour l'époux(se) ou l'un des enfants** du défunt : une copie de toutes les pages du livret de famille ou une copie de l'acte de naissance avec filiation du demandeur (acte de naissance de moins de trois mois ou postérieur à la date du décès pour le conjoint survivant) ;
- ☐ **Pour les autres ayants droit (héritiers du patient décédé)** : une copie de l'acte de notoriété (rédigé par un notaire à titre onéreux) ;
- ☐ **Pour le partenaire lié par un PACS** : un extrait d'acte de naissance du demandeur de moins de 3 mois ou postérieur à la date du décès (dans la mesure où il est fait mention, en marge de l'acte de naissance de chaque partenaire, de la déclaration de PACS, avec indication de l'identité de l'autre partenaire) ;
- ☐ **Pour le concubin** : tout justificatif prouvant le concubinage (Article 515-8 du Code Civil) : certificat de concubinage (remis en mairie), déclaration sur l'honneur signée par les 2 concubins avant le décès, bail commun (…).

LES JOCKEYS
GROUPE HOSPITALIER

Référence : **DROIT012**
Version : 5 Date : 27/02/2026

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL
AYANT DROIT

MOTIF(S) DE LA DEMANDE
☐ Connaître les causes de la mort ☐ Défendre la mémoire du défunt - *par exemple : maladie professionnelle* Précisez les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt : .... ☐ Faire valoir ses droits - *par exemple : droit à pension, droit assurance, droit à la protection de sa santé (affection héréditaire), réparation d'un préjudice* Précisez la nature des droits que vous souhaitez faire valoir : ....

MODALITÉ DE COMMUNICATION	
Simple consultation dans les locaux du service	☐ Seul(e) ☐ Accompagné d'un médecin de l'établissement ☐ Accompagnement par une tiers personne
OU	
Remise de copies papiers	☐ Remise en main propre des documents, sur rendez-vous uniquement ☐ Remise des documents par une personne mandatée par vos soins, sur rendez-vous uniquement. La personne doit venir avec une pièce d'identité et une procuration signée de votre main. ☐ Envoi en recommandé avec accusé de réception chez vous. ☐ Envoi des documents par mail sécurisé via la plateforme BlueFiles.

Par la présente, je demande la communication des informations précisées ci-dessus, et m'engage à payer l'ensemble des frais (copies et frais d'envoi) le cas échéant.

Fait à .....

Le .....

Signature du demandeur :

Vous pouvez retourner ce formulaire et le(s) document(s) à joindre par courrier postal, par mail, ou les déposer directement à l'accueil de l'établissement.

Service qualité et gestion des risques
Groupe Hospitalier Les Jockeys
12 avenue du général Leclerc
60270 Gouvieux
contactpatient@hc-lesjockeys.fr

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Date : Signature