



Centre Hospitalier St-Jacques de Saint-Céré

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

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*)
 Délégué 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