

**\* Champ obligatoire**

**\* Je soussigné(e)** .....

Domicilié(e) à .....

Code postal : ..... Ville : .....

\* Adresse mail : ..... \* Téléphone : .....

**\* Demande l'accès aux informations médicales si mon parent ne s'y est pas opposé de son vivant**

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Issues du dossier médical de :<br><br>NOM : .....<br><br>PRÉNOM : .....<br><br>Né(e) le : ..... / ..... / .....<br><br>Lien de parenté : ..... | * Joindre la copie des pièces suivantes :<br><br>* ma pièce d'identité<br><br>* tout justificatif attestant de ma qualité d'ayant droit<br>(par ex. : certificat d'hérédité, extrait d'acte de naissance<br>de l'ayant droit, livret de famille, attestation de PACS,<br>déclaration de concubinage ...)<br><br>* certificat de décès du patient concerné |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**\* Me permettant de** (veuillez cocher) :

- ☐ Connaître les causes du décès  
☐ Défendre la mémoire du défunt  
☐ Faire valoir mes propres droits

**Je prends note que seules les pièces médicales répondant au motif sélectionné me seront accessibles.**

| Date(s) d'hospitalisation ou de consultation | Service(s) d'hospitalisation ou de consultation |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Du ..... au .....                            |                                                 |
| Du ..... au .....                            |                                                 |
| Du ..... au .....                            |                                                 |

**\* Selon la modalité suivante** (veuillez cocher un choix) :

- ☐ Consultation dans le service en présence d'un médecin du service (en mesure de répondre à mes éventuelles interrogations)  
☐ Remise des copies en mains propres dans le(s) service(s) concerné(s) (uniquement sur présentation de la pièce d'identité ou  
procuration signée du demandeur, accompagnée de la pièce d'identité du mandaté).  
☐ Copie des informations, transmises par envoi postal en recommandé avec AR

**Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels**

- les frais de photocopie et d'envoi me seront facturés à leur coût réel, soit 0.40 euros par feuille, majorés des frais postaux en lettre  
recommandée avec accusé de réception ;  
- la copie d'un CD Rom de scanner ou d'IRM, me sera facturée 10 euros ;  
- la copie d'un cliché de radiologie me sera facturée 5 euros ;

**Toute demande incomplète en retardera le traitement.**

Date : .....

**\* Signature (manuscrite obligatoire)**

Document à retourner à :

**CH Intercommunal UNISANTE**

**Direction Générale**

**2, rue Thérèse - 57604 FORBACH**

**Ou par courriel : [affaires.juridiques@unisante.fr](mailto:affaires.juridiques@unisante.fr)**