



**Demande de communication du dossier médical
(par l'ayant droit- concubin(e)- partenaire
PACS)**

Demandeur :

Nom – Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

En qualité de :

- Ayant droit
 Concubin (e)
 Partenaire PACS

Demande l'accès aux informations médicales de⁽¹⁾ : (si mon proche ne s'y est pas opposé de son vivant)

Nom – Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Motif de la demande :

- Connaître les causes du décès
Défendre la mémoire du défunt (*préciser*) :

Faire valoir mes droits (*préciser*) :

Selon les modalités suivantes :

- Consultation sur place, accompagné(e) d'un médecin de l'établissement
 Remise en mains propres
 Envoi postal à votre domicile

Justificatifs à fournir :

- Copie d'un justificatif d'identité (Carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour, etc.)
- Copie de tout document justifiant de votre qualité d'ayant droit, de concubin(e) ou de partenaire PACS
- Copie du certificat de décès du patient concerné (si celui-ci n'est pas décédé à AURAL)

⁽¹⁾ Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

(0,20 € par feuille photocopiée + frais de port en recommandé si envoi à domicile)

Date :/...../.....

Signature :

Document à retourner :

Par courrier postal

AURAL - Madame La Directrice
5 Rue Bergson
CS 30038
67087 STRASBOURG Cedex

Par mail :

relationsusagers@aural.asso.fr