



**Demande de communication ou de consultation de
pièces issues d'un dossier médical**
(accès par le patient lui-même/par le titulaire de l'autorité
parentale, /par le représentant légal)

DIP/DPA/ENRG/001

Version 3 : 15/07/2008 p.1/1

Conformément à la loi 2002-303 du 4 mars 2002, du Décret 2002-637 du 29 avril 2002

Je soussigné(e), M

Domicilié(e) à

.....

..... ☎

Né(e) le

Demande l'accès : **à mon dossier**

au dossier de M

Né(e) le :

en tant que titulaire de l'autorité parentale

en tant que tuteur/représentant légal

Souhaite

Copie intégrale du dossier médical :

Préciser : **avec** **sans** **clichés radiographiques**

Copie partielle du dossier médical :

Préciser **avec** **sans** **clichés radiographiques**

Préciser **les document souhaités :**

.....

.....

.....

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

Selon la modalité suivante :

Consultation dans le service en présence d'un médecin du service (en mesure de répondre à vos éventuelles interrogations)

Copies des informations, transmises par envoi postal en recommandé avec AR à (nom, prénom, adresse) :

.....

.....

.....

Copies des informations mises à disposition dans le service

Justificatifs à fournir :

Copie de la pièce d'identité (pour tous les demandeurs)

Copie de tout document justifiant de votre qualité de titulaire de l'autorité parentale/représentant légal

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

Date :

Signature :

Document à retourner à : HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Direction de la Qualité, de la Coordination des Risques et des Relations avec les Usagers
1 place de l'Hôpital, BP 426 - 67091 STRASBOURG Cedex
Tel. 03.88.11.68.80 - Fax 03.88.11.53.18