

! Champ obligatoire

! **Je soussigné(e),**

Domicilié(e) à

! Adresse mail ! 

! **Demander l'accès aux informations médicales** si mon parent ne s'y est pas opposé de son vivant (veuillez cocher) :

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

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

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt (préciser le contexte) :
- Faire valoir mes droits (préciser le contexte) :

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

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

(Tarifs disponibles sur le site internet des Hôpitaux universitaires de Strasbourg : [Accéder au dossier médical - Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg \(chru-strasbourg.fr\)](http://chru-strasbourg.fr) (rubrique combien ça coûte ?), conformément à l'Arrêté du 5 mars 2004)

Toute demande incomplète en retardera le traitement.

Date :

! Signature (manuscrite obligatoire)

Document à retourner à :
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Direction Qualité, Gestion des Risques,
Relations avec les Usagers

1 place de l'Hôpital, BP 426 - 67091 STRASBOURG Cedex
Tel. 03.88.11.50.80 - Fax 03.88.11.53.18

demdossmed@chru-strasbourg.fr (messagerie non sécurisée)