

! Champ obligatoire

! **Je soussigné(e),**

Domicilié(e) à

! Adresse mail ! 

! **Demande l'accès** (veuillez cocher)* :

☐ à mon dossier médical	! Joindre la copie de ma pièce d'identité
☐ au dossier médical de : NOM : PRENOM : Né(e) le : / /	☐ En tant que titulaire de l'autorité parentale ! Joindre la copie de ma pièce d'identité ! Joindre la copie de tout justificatif attestant de ma qualité de titulaire de l'autorité parentale (par ex. : <i>extrait d'acte de naissance, jugement de divorce, livret de famille</i>)
	☐ En tant que tuteur/représentant légal ! Joindre la copie de ma pièce d'identité ! Joindre la copie de tout justificatif attestant de ma qualité de tuteur/représentant légal (par ex. : <i>jugement de tutelle</i>)

! **Souhaite** (veuillez cocher) :

- ☐ Le compte rendu d'hospitalisation (CRH)
- ☐ Le compte rendu opératoire (CRO) de l'intervention
- ☐ Les pièces essentielles du dossier médical (CRH, CRO, résultats d'examens, clichés d'imagerie)
- ☐ Autres documents** (préciser)

Concernant

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 patient*).
- ☐ Copies des informations, transmises par envoi postal en recommandé avec AR à (*préciser le nom, prénom, adresse*) :
- ☐ Mail en zip codé sauf radiographies (**attention adresse gmail non compatible**)

Les photocopies du dossier sont réalisées gratuitement lors de la première demande du patient au regard de la Réglementation Européenne sur la protection des données. Une facturation peut être exigée en cas de nouvelle demande similaire.

* Pour les demandes relatives aux dossiers d'assistance médicale à la procréation, la présente demande ne vaut que pour le demandeur lui-même. Chaque conjoint ou partenaire doit formuler une demande distincte pour l'accès à ses propres données.

** Sont seuls transmissibles les documents prévus aux alinéas 1° et 2° de l'article R1112-2 du Code de la Santé publique.

Toute demande incomplète en retardera le traitement.

Date :

! Signature (manuscrite obligatoire)

Document à retourner à :

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

*Direction Qualité, Gestion des Risques
et Relations avec les Usagers*

1 place de l'Hôpital - BP 426 - 67091 STRASBOURG Cedex

Tel. 03.88.11.50.80 - 03.88.11.64.79

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

Les informations collectées par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) font l'objet d'un traitement fondé sur l'obligation légale ayant pour finalité la gestion des demandes de dossiers médicaux. Ces informations sont à destination des personnes intervenant dans le traitement des demandes de dossiers et seront conservées pendant 5 années puis détruites.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement, droit d'opposition (pour des motifs tenant à votre situation particulière), droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité ou le cas échéant retirer votre consentement. Vous pouvez également définir des directives relatives à la gestion de vos données après votre décès.

Pour exercer vos droits, merci de vous adresser à la Direction Qualité, gestion des risques et relations avec les usagers 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - 67091 STRASBOURG Cedex - Tél. : 03 88 11 68 80.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation ou demander plus d'information à la CNIL (www.cnil.fr).