

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER MEDICAL

Conformément à la loi 2002-303 du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

A RETOURNER COMPLETE A L'ADRESSE SUIVANTE :

Groupe Hospitalier Saint Vincent

A l'attention du Directeur

29 rue du Faubourg National - 67083 STRASBOURG

Mail : dss@ghsv.org

1/ IDENTITE DU DEMANDEUR :

Patient(e) ☐ Ayant droit ☐ Partenaire lié par un PACS ☐ Concubin(e) ☐ Tuteur ☐

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

e.mail :

2/ IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE (SI DIFFERENTE DU DEMANDEUR) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Si la demande de dossier concerne une personne décédée préciser le motif de la demande :

Connaitre les causes du décès ☐ Défendre la mémoire du défunt ☐ Faire valoir vos droits ☐

Justifier la demande :

3/ INFORMATIONS RELATIVES A L'HOSPITALISATION :

Site : Sainte Anne ☐ Sainte Barbe ☐ Toussaint ☐ Saint Luc ☐ HAD ☐

Service d'hospitalisation :

.....

Dates de séjour :

Du Au

Du Au

4/ PIECES A JOINDRE :

Pour toute demande de dossier médical joindre obligatoirement la photocopie recto-verso de votre carte d'identité ou passeport.

Accès au dossier d'un patient vivant :

- Le patient lui-même : la photocopie de sa pièce d'identité
- Le tuteur : la copie de l'ordonnance du juge des tutelles
- Le médecin désigné par le patient : autorisation de consultation du dossier médical signé par le patient

Accès au dossier d'un patient décédé :

- Enfants et conjoint non divorcé : la copie du livret de famille
- Partenaire lié par PACS : la copie intégrale du PACS
- Pour les concubins : la copie du certificat de vie commune (délivré par la Mairie) ou une attestation sur l'honneur signée par les 2 concubins
- Tuteur : copie de l'ordonnance du juge des tutelles
- Autres ayants droits : la copie du certificat d'hérédité ou de notoriété

5/ MODALITES DE COMMUNICATION DES ELEMENTS :

- ☐ Envoi des copies du dossier médical par voie postale en courrier recommandé avec AR
- ☐ Consultation du dossier médical sur place et sur rendez-vous en présence d'un médecin
- ☐ Remise de copies du dossier en mains propres sur rendez-vous, avec présentation de votre pièce d'identité

6/ ATTESTATION :

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Déclare avoir pris connaissance des modalités de consultation du dossier médical.

Fait le _____ à _____

Signature (*obligatoire*)

Document à adresser compléter et signé avec les copies des justificatifs obligatoires à :
**Groupe Hospitalier Saint Vincent – A l'attention du Directeur 29 rue du Faubourg National
67083 STRASBOURG**