

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU  
DOSSIER MEDICAL**

**1. IDENTITE DE LA PERSONNE EFFECTUANT LA DEMANDE**

NOM – Prénom : .....

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

Adresse : .....

.....

☎ ...../...../...../...../..... Mail : .....

**Demande la communication de mon propre dossier médical**

**Les pièces souhaitées :**

**La totalité du dossier  
médical**

(tous mes séjours dans  
l'établissement, précisez les dates)

-----

**OU**

**Une partie de mon dossier médical, indiquez la(les) date(s)  
et service(s) :**

.....

Lettre(s) de sortie ou comptes rendu(s)

Compte(s) rendu(s) opératoire(s)

Examen(s) et Compte(s) rendu(s) des examens d'imagerie

Compte(s) rendu(s) des examens biologiques

Autres (préciser) : .....

☞ *Je joins à ma demande la copie recto/verso de ma pièce d'identité*

**Demande de communication du dossier médical d'un tiers :**

NOM – Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

**J'ai la qualité suivante :**

**Titulaire de l'autorité parentale (enfant mineur)  Père  Mère**

☞ *Je joins une copie du livret de famille et en cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales*

**Tuteur ou Curateur (majeur protégé)**

☞ *Je joins l'ordonnance du juge des tutelles*

**Ayant droit (cas d'une personne décédée)**

☞ **Pour le conjoint et les enfants** : *Je joins la copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, de l'acte de décès et la copie de l'entier livret de famille ou un acte notarié ou un certificat d'hérédité.*

☞ **En cas de PACS** : *le certificat du PACS*

☞ **En cas de concubinage** : *certificat de concubinage ou tout document prouvant la vie commune*

☞ **Pour les autres** : *acte notarié ou un certificat d'hérédité*

- Préciser le motif de la demande pour les ayants droits, en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique :

Connaître les causes de la mort

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir ses droits



**TSVP**

## Les pièces souhaitées :

**La totalité du dossier médical**

(tous mes séjours dans l'établissement, précisez les dates)

-----

OU

**Une partie de mon dossier médical, indiquez la(les) date(s) et service(s) :**

- .....
- Lettre(s) de sortie ou comptes rendu(s)  
 Compte(s) rendu(s) opératoire(s)  
 Examen(s) et Compte(s) des examens d'imagerie  
 Compte(s) rendu(s) des examens biologiques  
 Autres (préciser) : .....

## 2. MODALITES SOUHAITEES POUR LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS MEDICALES :

- ◇ **Remise en mains propres** : on me contactera pour venir le récupérer à l'Hôpital de Saint Avold ou au Centre Médico Gériatrique de Forbach.
- ◇ **Consultation sur place est gratuite**, on me contactera pour me fixer un RV
- ◇ **Consultation sur place en présence d'un médecin** pour explications médicales. J'autorise ce médecin à accéder à mon dossier médical et je renonce au bénéfice du secret médical (ou Médecin hospitalier souhaité : .....) )
- ◇ **Envoi des copies** en recommandé avec accusé de réception
  - à l'adresse suivante : .....
  - à un médecin, à l'adresse suivante : .....

## 3. TARIF UNITAIRE DES COPIES DES DOCUMENTS MEDICAUX :

Documents	Tarifs
Pages de format A4 en impression noir et blanc	0.20 €
Contretype radio de dimension 20/25 :	1,70 €
Contretype radio de dimension 26/36 :	2,00 €
Contretype radio de dimension 36/43 :	3,50 €
Cédérom :	2,75 €
Frais d'envoi postal (lettre ou colis recommandé avec accusé de réception	, €

## 4. ATTESTATION :

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle.....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et
- accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé des documents médicaux que je pourrai demander.

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

Signature du demandeur

Références : - Loi du 4 mars 2002, les droits du patient CSP

- Article 2 du décret du 29 avril 2002 relatif aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de la Santé Publique (CSP)

- Arrêté du 5 mars 2004, recommandations des bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne

Documents à retourner à :

Hôpital de Saint-Avold – GROUPE SOS SANTE

Mmes SEILER ou ZARRA chargées des relations avec les usagers

Rue Ambroise Paré- BP 70069- 57502 SAINT-AVOLD CEDEX

Tél. : 03.87.91.81.73 – mail : [sonia.seiler@groupe-sos.org](mailto:sonia.seiler@groupe-sos.org) ou [zahra.zarra@groupe-sos.org](mailto:zahra.zarra@groupe-sos.org)