

## Formulaire de demande de communication de dossier médical d'un mineur ou d'une personne sous tutelle

NOM Prénom du demandeur :

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Tél : ..... Mail : .....

### Demande à avoir accès au dossier médical de

NOM Prénom de l'enfant / la personne : .....

Date de naissance : .....

Lien de parenté (ou nature des relations avec la personne) : .....

### Document(s) souhaité(s) :

- ☐ l'intégralité des éléments contenus dans le dossier
- ☐ le compte rendu de l'hospitalisation
- ☐ les pièces essentielles du dossier médical
- ☐ autre(s) document(s) (*Précisez*) :

.....  
.....

### Justificatifs à produire (photocopies) :

- ☐ **carte d'identité du demandeur** (copie recto-verso)
- ☐ **livret de famille ou jugement du tribunal vous désignant comme tuteur de la personne**

### Hospitalisation et/ou consultations concernées, dates, service(s)...

(Il est recommandé de fournir un maximum de renseignements afin de faciliter les recherches)

.....  
.....

### Je souhaite (*cochez la case correspondante*) :

- ☐ Recevoir les éléments à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais
- ☐ Venir les chercher à la Direction des Usagers
- ☐ Que ce dossier soit adressé sous pli recommandé, à mes frais, au médecin dont voici les coordonnées : .....
- ☐ Consulter les éléments sur place (*d'une façon générale, il vous est conseillé d'être accompagné d'une tierce personne lors de la consultation des informations à caractère médical*)

<b>Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception</b>	Tarifs postaux en vigueur
<b>Prix unitaire de la photocopie</b>	0,15 €

Date :

Signature du demandeur :

Document à retourner, accompagné des justificatifs, à :  
**GHR Mulhouse Sud Alsace**

**Hôpital du Hasenrain - Direction des Usagers -**

**87 Avenue d'Altkirch - BP 1070 - 68051 MULHOUSE Cedex**

(Renseignements Tél : 03.89.64.78.79 ou 78.14 / [DU@ghrmsa.fr](mailto:DU@ghrmsa.fr))