

NOM Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Mail :

Justificatif à joindre à votre demande : Photocopie de votre carte d'identité

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

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

.....

Document(s) souhaité(s) :

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

.....

Je souhaite (cochez la case correspondante) :

- Recevoir mon dossier à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais
- Venir chercher les copies de mon dossier à la Direction des Usagers
- Que ce dossier soit adressé sous pli recommandé, à mes frais, au médecin dont voici les coordonnées :

- Consulter mon dossier 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*)

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarifs de La Poste
Prix unitaire de la photocopie	0,15 €

Date :

Signature :

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
 ou à l'adresse DU@ghrmsa.fr