

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

NOM et Prénom du demandeur :

Adresse :

Code postal et Ville :

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
- les pièces essentielles du dossier
- le compte-rendu de la prise en charge
- autre(s) document(s) (*Précisez*) :

Justificatifs à produire :

- **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)...

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

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarifs postaux en vigueur
Prix unitaire de la photocopie /CD Rom / Clé USB	0,18 € / 1.50 € / 5.10 €

Date :

Signature du demandeur :

Document à retourner, accompagné des justificatifs, à :

**GHR Mulhouse Sud Alsace
Hôpital du Hasenrain - Direction des Usagers (Pav. 4)
87 Avenue d'Altkirch - BP 1070 - 68051 MULHOUSE Cedex**

ou par mail à l'adresse DU@ghrmsa.fr

(Renseignements au 03.89.64.78.79 ou 78.14)