

	<b>DEMANDE D'ACCÈS À UN DOSSIER MEDICAL</b>	Réf : MA/GDM/ME 005
		Version : B Date d'application : 10/01/2023
		Pagination : 1/4

Référence Dossier (Cadre réservé au GHSO) :

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier ou sur le contenu du dossier d'une personne décédée, d'un mineur, d'un majeur protégé.

Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce **formulaire** et le retourner avec les **pièces justificatives demandées** :

Par courrier à :

*Monsieur le Directeur du Groupe Hospitalier Sélestat-Obernai  
SERVICE QUALITE  
23 Avenue Louis PASTEUR  
67600 SELESTAT*

Par mail :

[demande.dossierpatient@ghso.fr](mailto:demande.dossierpatient@ghso.fr) (messagerie non sécurisée)

Les copies du dossier médical peuvent vous être remises :

- Soit par **retrait sur place sur rendez-vous**.
- Soit par **envoi postal** (en recommandé avec accusé de réception) à votre domicile ou au médecin désigné par le demandeur.

Vous avez également la possibilité de **consulter votre dossier médical sur place** (sans remise de copie). Un dispositif d'accompagnement du patient lors de la consultation de son dossier est organisé par le service concerné.

Conformément à la réglementation en vigueur (Décret 2002-637 du 29/04/2022), les frais de reproduction de votre dossier vous seront facturés au prix de 0,30€ par copie de format A4, 0,30€ par copie de format A3, ainsi que les frais d'envoi en recommandé selon le tarif postal en vigueur.

Le mode de consultation préconisé par le Groupe Hospitalier de Sélestat et Obernai est l'envoi postal en recommandé.

Afin de garantir le secret professionnel, les copies du dossier médical ne peuvent être transmises par e-mail.

Dans le cas où vous ne pouvez pas vous déplacer, une personne de votre choix peut retirer les copies de votre dossier médical. Pour cela, il vous suffit de bien vouloir compléter le formulaire de procuration « Bordereau de procuration » présent à la dernière page de ce document.

**Je m'identifie (\*)**

Je soussigné (e) Madame  Monsieur

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Je demande (\*)**

À mon nom.

Au nom usuel du patient (*mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal ou l'ayant-droit*) : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Préciser votre lien avec le patient : : \_\_\_\_\_

Je demande la communication de la copie des documents suivants (\*) :

**La législation autorise l'obtention de la totalité d'un dossier mais cela peut être volumineux. Il est important d'en mesurer le coût potentiel en fonction de l'utilisation souhaitée.**

**Le compte rendu reprend généralement la synthèse du séjour et bien souvent répondra à vos questions.**

Copie partielle du dossier médicale (*Sélectionner le ou le(s) document(s) souhaité(s)*)

Compte-rendu (*hospitalisation, opératoire, consultation...*)

Biologie

Imagerie (*radiographie, scanners, IRM...*)

Autres (*préciser les documents souhaités à l'aide de la liste en fin de formulaire*)

Copie intégrale des pièces du dossier médical. (Préciser les éléments suivants).

Accompagné des clichés radiographiques OUI / NON

Autres, à préciser : \_\_\_\_\_

**Si aucune précision n'est donnée, seules les pièces essentielles du dossier médical seront envoyées.**

Je renseigne le / les séjours(s) concerné(s) :

Dates/ Période	Service	Nom du médecin

	<b>DEMANDE D'ACCÈS À UN DOSSIER MEDICAL</b>	Réf : MA/GDM/ME 005
		Version : B Date d'application : 10/01/2023
		Pagination : 3/4

En tant qu'ayant droit, je motive ma demande (\*) :

- Connaître les causes du décès du patient
- Défendre la mémoire du défunt (*Préciser le contexte*) : \_\_\_\_\_
- Faire valoir mes droits (*Préciser le contexte*) : \_\_\_\_\_

(Exemples. Procédure d'annulation d'un testament, faire valoir des droits à la succession, maladie professionnelle due à l'amiante, reconnaissance d'une exposition à l'amiante, connaître les dysfonctionnements, maltraitance et erreurs de prise en charge, justifier de ses droits auprès d'une compagnie d'assurance...)

Seules les pièces permettant de répondre au motif choisi sont communicables mais en aucun cas l'ensemble du dossier.

### Je choisis mes modalités de consultation (\*)

Selon les modalités suivantes (\*) :

- Consultations gratuites sur place au GH SO SANS remise de copies en présence d'un médecin du service  
(Le secrétariat vous contactera pour prendre rendez-vous).

Numéro de téléphone (prise de rendez-vous) : \_\_\_\_\_

- Remise en main propre (*Le secrétariat vous contactera pour convenir avec vous de la date à laquelle vous pourrez effectuer ce retrait*) sur présentation de votre pièce d'identité ou d'une procuration signée par le demandeur.

Numéro de téléphone (prise de rendez-vous) : \_\_\_\_\_

Envoi postal en recommandé avec accusé de réception

- À mon nom (*Merci de préciser l'adresse complète*).

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

- Au Docteur (*Merci de préciser l'adresse complète*).

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### Je fournis pour ma demande (\*)

Pièces à fournir obligatoirement pour toute demande :

- Copie de votre pièce d'identité recto-verso en cours de la validité (*carte nationale, passeport, carte de séjour, permis de conduire obligatoirement revêtue d'une photographie*).

Pièces à fournir obligatoirement pour toute demande pour un tiers (*patient mineur, patient majeur protégé sous tutelle ou patient décédé*) :

- Copie de la pièce d'identité recto-verso en cours de la validité du tiers (*carte nationale, passeport, carte de séjour, permis de conduire obligatoirement revêtue d'une photographie*).

Ajouter pour un patient mineur :

- Copie intégrale du livret de famille ou un acte de naissance intégral.  
 Jugement précisant le ou les titulaire(s) de l'autorité parentale.

Ajouter pour un patient majeur protégé sous tutelle :

- Copie de la décision du juge des tutelles.

Ajouter pour un patient décédé :

- Un acte de décès (*pour un patient non décédé au GHSO*).  
 Un justificatif de la volonté de défendre la mémoire du défunt (*copie d'un courrier de l'assurance ...*) ou à défaut une lettre expliquant le motif  
 Un justificatif de la qualité d'ayant droit (*copie du livret de famille, certificat d'hérédité, attestation intégrale du PACS, attestation de concubinage sur l'honneur ou un certificat de vie commune délivré par la Mairie*) ou un acte de notoriété.

**J'atteste (\*)**

Je soussigné (e) Madame  Monsieur

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- Assume l'entière responsabilité de la transmission des données médicales
- Accepte de prendre en charge les frais de reproduction et d'envoi (*selon le tarif en vigueur*)

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature obligatoire du demandeur