



Pôle de Santé Privé du Diaconat - Centre Alsace

Hôpital Albert Schweitzer - Clinique et Maison d'accueil du Diaconat
Institut de Formation - Home du Florimont (Ingersheim)

201 avenue d'Alsace - BP 20129 - 68003 COLMAR CEDEX

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT

En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Numéro de téléphone : _____ Adresse mail : _____

NATURE ET MOTIF DE LA DEMANDE

L'ensemble des informations contenues dans votre dossier peut être consulté ou communiqué. Néanmoins, il ne vous est pas forcément nécessaire d'accéder à l'ensemble des dossiers. Afin de répondre précisément à votre demande, veuillez préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès.

Je fais la demande :

☐ A mon nom

☐ Au nom d'un tiers :

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____

☐ Vis-à-vis de cette personne, je suis le **représentant légal** :

☐ Parent d'un mineur

☐ Tuteur

☐ Vis-à-vis de cette personne décédée je suis l'**ayant-droit** :

☐ Conjoint

☐ Concubin

☐ Pacsé

☐ Enfant

☐ Vis-à-vis de cette personne, je suis :

☐ Mandataire

Nature de la demande :

☐ 1^{ère} demande

☐ Demande renouvelée

Services	Périodes	Types de prises en charge	
		Hospitalisation	Consultations Externes
		☐	☐
		☐	☐

Pièces du dossier souhaitées :

☐ Dossier complet ou :

☐ Compte-rendu d'hospitalisation

☐ Compte-rendu opératoire

☐ Dossier d'anesthésie

☐ Compte-rendu de passage aux urgences

☐ Compte-rendu d'imagerie

☐ Compte-rendu de consultation (précisez la spécialité) : _____

☐ Autres (précisez) : _____

Motif de la demande (à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation) :

☐ Connaître les causes de la mort

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir des droits (préciser) : _____

J'explique ma demande comme suit : _____



Pôle de Santé Privé du Diaconat - Centre Alsace

Hôpital Albert Schweitzer - Clinique et Maison d'accueil du Diaconat
Institut de Formation - Home du Florimont (Ingersheim)

201 avenue d'Alsace - BP 20129 - 68003 COLMAR CEDEX

MODALITES DE REMISE DU DOSSIER

Consultation sur place : ☐ seul ☐ en présence du médecin de l'établissement

☐ en présence d'un médecin de votre choix

(Vous serez contacté afin de convenir d'un rendez-vous).

☐ Envoi postal avec accusé réception à : (nom, prénom, adresse complète) :

☐ Envoi postal avec accusé réception au Docteur (nom, prénom, adresse complète) :

☐ Retrait du dossier sur place. Venir avec pièce d'identité.

(Vous serez contacté afin de convenir d'un rendez-vous).

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Dans tous les cas

☐ Copie de votre pièce d'identité recto verso

■ Si vous êtes représentant légal d'un mineur :

☐ Copie du livret de famille ou de l'extrait de naissance

☐ En cas de divorce, copie du jugement attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale

■ Si vous êtes tuteur :

☐ Copie du jugement de tutelle

■ Si vous êtes ayant droit :

☐ Copie du certificat d'hérédité ou du livret de famille

☐ En cas de patient décédé, copie du certificat de décès

■ Si vous êtes mandataire :

☐ Copie du mandat

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____

■ Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

■ Accepte de prendre en charge les frais de reproduction **dans le cas d'un renouvellement de demande (0,18 € la page, format A4)**

■ Accepte de prendre en charge (selon le tarif en vigueur) les frais d'envoi postaux des documents (recommandé avec avis de réception).

Fait à _____

le _____

Signature du demandeur

Formulaire à retourner par voie postale ou par mail à celine.kempf@diaconat-mulhouse.fr