

**Demande de communication du dossier médical
 (par le patient lui-même / le titulaire de l'autorité parentale / le
 représentant légal)**

Conformément à la loi 2002-303 du 4 mars 2002 et au décret 2002-637 du 29 avril 2002

Demandeur :

Nom – Prénom

Date de naissance :/...../.....

Numéro de dossier (si vous le connaissez) :

Adresse :

Téléphone :

Demande d'accès :

- A mon dossier
- Au dossier de :
- Né(e) le :
- en tant que titulaire de l'autorité parentale
- en tant que tuteur/ représentant légal

Éléments souhaités⁽¹⁾ :

- Copie intégrale du dossier médical avec / sans* les clichés d'imagerie (**rayer la mention inutile*)
- Copie partielle du dossier médical :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Courriers entre professionnels de santé | <input type="checkbox"/> Dossier de radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Dossier de soins infirmiers | <input type="checkbox"/> Dossier transfusionnel |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation /de consultation | <input type="checkbox"/> Dossier de recherche clinique |
| <input type="checkbox"/> Dossier opératoire | <input type="checkbox"/> Dossier de chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'examen d'Imagerie | <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie-réanimation |
| <input type="checkbox"/> Examens biologiques, résultats d'anatomie et cytologie pathologique | <input type="checkbox"/> Clichés d'imagerie |

Selon les modalités suivantes :

- Consultation sur place, accompagné(e) d'un médecin de l'établissement
- Remise en mains propres
- Envoi postal à votre domicile
- Envoi postal au médecin référent (*nom, prénom et adresse*) :

.....

.....

Motif(s) de votre demande :

.....

.....

Justificatifs à fournir :

- Copie d'un justificatif d'identité (CNI, passeport, titre de séjour, etc)
- Copie de tout document justifiant de votre qualité de titulaire de l'autorité parentale/ représentant légal

(1) Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

(0,18 € par page photocopiée + 2,50 € par CD copié + frais de port si envoi à domicile)

Date :

Signature :

Document à retourner :

par courrier postal :
 CENTRE PAUL STRAUSS
 Direction Organisation et Projets
 3 rue de la Porte de l'Hôpital BP 30042
 67065 STRASBOURG CEDEX

par mail :
 accesdossier@strasbourg.unicancer.fr