



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

Demandeur :

Nom – Prénom :

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

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

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

Copie **partielle** du dossier médical :

Dossier administratif

Antécédents

Prescriptions de dialyse

Traitement administré

Correspondance entre professionnels de santé

Observations soignantes

Résultats de biologie

Synthèse des séances de dialyse

Transmissions médicales

Transmissions infirmières

Dossier diététique

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 (Carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour, etc.)

• Copie de tout document justifiant de votre qualité de titulaire de l'autorité parentale/ représentant légal

(1) Si je demande pour la première fois la copie du dossier, la démarche est gratuite.

Si je renouvelle cette demande, je m'engagerai à régler l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels (0,20 € par page photocopiée et dans la limite d'un montant maximum de 50€ + frais de port en recommandé si envoi à domicile)

Date :/...../..... Signature :

Document à retourner :

Par courrier postal

AURAL- Madame La Directrice

5 Rue Bergson

67087 STRASBOURG Cedex

Par mail : relationsusagers@aural.fr