



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

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

Formulaires de préadmission/ évaluation

Prescriptions médicamenteuses

Traitement administré

Projet personnalisé

Plan de soins

Observations médicales

Transmissions ciblées infirmières

Résultats de biologie

Comptes-rendus métiers (diététicienne, psychologue, ergothérapeute...)

Correspondance entre professionnels de santé

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