



**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](mailto:relationsusagers@aural.fr)