

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

☐ Comptes-rendus de consultations

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

CS 30038

67087 STRASBOURG Cedex

Par mail : relationsusagers@aural.fr