

**FORMULAIRE DE DEMANDE**  
**DE COMMUNICATION DE DOSSIER PATIENT**

Conformément aux articles L.1110-4, L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique issus de la loi du 4 mars 2002 relatifs aux droits des malades et à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et établissements de santé, nous devons, avant de pouvoir donner suite à votre demande de dossier, vous informer des modalités d'accès aux informations médicales :

- Si vous demandez un accès aux informations vous concernant, il conviendra de nous transmettre la photocopie d'une pièce d'état civil (carte d'identité, passeport, permis de conduire), indispensable à la communication des informations personnelles.
- Si vous demandez un accès aux informations en tant qu'ayant-droit d'une personne décédée, je vous précise que la réglementation en vigueur vous impose l'obligation de préciser, lors de votre demande, le motif pour lequel vous avez besoin d'avoir connaissance de ces informations. De plus, il conviendra de nous transmettre également la photocopie d'une pièce d'état civil justifiant votre qualité d'ayant droit (livret de famille ou acte de notoriété) ainsi qu'une pièce d'état civil (carte d'identité, passeport, permis de conduire).
- Si vous demandez un accès aux informations concernant votre enfant mineur, vous devez nous transmettre une photocopie des pièces d'état civil du père et de la mère (carte d'identité, passeport, permis de conduire) et justifiant votre qualité d'ayant droit (livret de famille). De plus, en cas de divorce ou de séparation, il faudra nous transmettre une copie d'une pièce d'état civil justifiant votre autorité parentale (copie du jugement...).

Vous trouverez à la suite de ce courrier, un imprimé vous permettant de nous faire part de votre choix concernant les modalités de communication (par défaut, nous vous transmettrons une copie du dossier par voie postale, en recommandé avec accusé de réception).

1. **ENVOI DES COPIES** par l'établissement. Dans cette hypothèse, les frais de reproduction et d'envoi en recommandé avec accusé de réception vous seront facturés.
2. **REMISE DES COPIES** en main propre sur place au sein de l'établissement.
3. **CONSULTATION DU DOSSIER MEDICAL SUR PLACE** avec ou sans remise de copies, en présence d'un médecin.

Nous vous invitons à nous retourner ce document après l'avoir dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives demandées.

Je vous précise enfin que :

- Toute information de plus de cinq ans suppose un délai de réponse de deux mois à compter de la date de retour de cet imprimé,
- Conformément à l'arrêté interministériel du 11 mars 1968 fixant à 20 ans la conservation desdits documents, le dossier est détruit à partir de ce délai.

Le Directeur Général

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur

Nom.....Prénom.....

Nom de jeune fille :.....Né(e) le :.....

Adresse :.....

Téléphone : .....

**Demande la communication** :  De mon dossier patient  Du dossier patient de :

Nom.....Prénom.....

Nom de jeune fille :.....Né(e) le :.....

Dont je suis :  Représentant légal  Père  Mère  Tuteur

Ayant droit d'une personne décédée (motif de la demande obligatoire)

**Nature de la demande** : Je demande le dossier médical relatif aux soins :

Dates : du.....au ..... Service.....

du.....au ..... Service.....

du.....au ..... Service.....

Je demande les pièces suivantes :

Compte rendu d'hospitalisation ou de consultation

Imagerie médicale :  IRM  Scanner  Radiographie

Autres (à préciser) .....

**Mode de communication des éléments du dossier médical** :

Envoi postal en recommandé avec accusé de réception

Consultation sur place en présence d'un médecin du GH70

Remise en main propre de copies sur place :

Je désigne un mandataire (joindre la copie de sa carte d'identité)

Son nom et prénom : .....

**Information sur les frais :**

J'ai pris connaissance des frais de reproduction et d'envoi qui seront facturés par le GH70

➡ Feuille A4 : 0.18 € l'unité

➡ CD imagerie médicale : 2.75€ l'unité

➡ Recommandé avec accusé de réception : 6.30 € par envoi

Fait à ..... le .....Signature :

Ce document et les pièces demandées doivent être adressés au directeur du GH 70

Par Mail : [usagers@gh70.fr](mailto:usagers@gh70.fr)

Par courrier : Groupe Hospitalier de la Haute-Saône (Service DRUQ)

2 rue Heymès – BP 409

70014 Vesoul Cedex

Pour toutes informations complémentaires contactez le service des relations des usagers  
par téléphone au 03 84 96 68 49 ou par mail à [usagers@gh70.fr](mailto:usagers@gh70.fr)



CDP N°

**PARTIE RESERVEE AU GH70**

A compléter par  
le service ou le DIM

**Traitement du dossier**

Date :

Nombre de copie A4 :

Nombre de CD :

Nom et signature du  
médecin :

**Envoi en lettre  
recommandée avec AR :**

Non  Oui

Si oui date :

**Remise en main propre**

Date de prise de RDV :

Date de la remise en main  
propre :

Nom et signature de la  
personne qui réceptionne  
le dossier :