



Direction Satisfaction Usager Qualité
2 rue Heymès – BP 409
70014 Vesoul Cedex

☎ 03.84.96.68.49.

✉ usagers@gh70.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE

DE COMMUNICATION DE DOSSIER PATIENT

PATIENT MINEUR

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez obtenir une copie du dossier médical d'un patient mineur.

Conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique issues de la loi du 4 mars 2002 et du décret du 29 avril 2002 relatifs aux droits des malades et à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et établissements de santé, vous trouverez ci-après les éléments à fournir pour vous communiquer les informations médicales d'une personne mineure.

Il conviendra de justifier de votre qualité de représentant légal en adressant la copie intégrale :

- D'une pièce d'état civil du demandeur (père ou mère ou tuteur - carte d'identité ou passeport),
- D'une pièce justifiant de votre qualité de représentant légal de l'enfant (livret de famille ou acte de naissance ou attestation de mise sous tutelle),
- D'une pièce justifiant de l'autorité parentale en cas de divorce ou séparation (copie du jugement),
- D'une pièce d'identité de la personne mineure (carte d'identité ou d'un passeport).

Vous devez également compléter le formulaire joint et l'adresser signé avec les justificatifs :

- Soit par mail à usagers@gh70.fr
- Soit par courrier simple à GH70 Service DSUQ – 2 rue Heymes BP 409 – 70014 VESOUL Cedex.

Toute information de plus de cinq ans suppose un délai de réponse de deux mois à compter de la date de réception de votre demande conforme à la réglementation.

Les frais d'envoi et de reproduction seront facturés, selon le tarif en vigueur au sein du Groupe Hospitalier, par la Trésorerie une fois les éléments médicaux reçus.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

La Direction Satisfaction Usager Qualité

Je soussigné(e) :

Nom de jeune fille : Né(e) le :

Adresse :

Téléphone :

Demande la communication du dossier du patient mineur :

Nom.....Prénom.....

Né(e) le :

Dont je suis : Représentant légal Père Mère Tuteur

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 Radiologie

Autres (à préciser)

Mode de communication des éléments du dossier médical à l'ayant droit :

Envoi postal en recommandé avec accusé de réception

Remise en main propre sur présentation de la pièce d'identité

Informations 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 leSignature :

CDP N°

**PARTIE RESERVEE A
L'ADMINISTRATION DU
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 :