



**GROUPE  
HOSPITALIER**  
de la HAUTE-SAÔNE

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

☎ 03.84.96.68.49.

✉ [usagers@gh70.fr](mailto:usagers@gh70.fr)

## FORMULAIRE DE DEMANDE

### DE COMMUNICATION DE DOSSIER PATIENT

#### PERSONNE SOUS TUTELLE / CURATELLE HABILITATION FAMILIALE

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez obtenir une copie du dossier médical d'une personne sous tutelle ou curatelle ou habilitation familiale.

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, je vous informe des modalités d'accès aux informations médicales d'une personne sous tutelle / curatelle / habilitation familiale.

Il conviendra de transmettre la photocopie intégrale des justificatifs de votre qualité de tuteur, curateur, habilitation familiale, à savoir :

- L'attestation de mise sous protection du juge des tutelles (en cas de curatelle le majeur protégé devra également signer le formulaire joint),
- De la pièce d'état civil du majeur protégé (carte d'identité ou passeport),
- De votre pièce d'état civil (carte d'identité ou passeport).

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

- Soit par mail à [usagers@gh70.fr](mailto: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 majeur protégé :**

Nom.....Prénom.....

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

Dont je suis :  Curateur  Tuteur  Habilitation familiale

**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 :

Précisez l'identité de la personne : .....

**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 ..... le .....Signature :

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 :