

Groupe SOS Santé Hôpital de Saint Avold Centre Médico-Gériatrique de Forbach	FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT OU DE SON REPRESENTANT
	A envoyer complété au Directeur Hôpital Groupe SOS SANTE —Rue Ambroise Paré – 57502 SAINT AVOLD Cedex ou par mail : dossiers-patients-stavold@groupe-sos.org Réf. : FOR / 657-1 V7-oct 2025

1. IDENTITE DE LA PERSONNE EFFECTUANT LA DEMANDE

NOM – Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Adresse :

.....
 ☎/..... /..... /..... /..... Mail :

☐ Demande la communication de mon propre dossier médical

Les pièces souhaitées :

☐ La totalité du dossier médical (précisez les dates) Du ____ au ____ Du ____ au ____ Du ____ au ____	☐ Une partie de mon dossier médical, indiquez-la(les) date(s) et service(s) : ☐ Lettre(s) de sortie ou comptes rendu(s) ☐ Compte(s) rendu(s) opératoire(s) ☐ Compte(s) rendu(s) des examens biologiques ☐ Image(s) et/ou ☐ Compte(s) rendu(s) des examens d'imagerie, à préciser le(s)quel(s) : ○ Radio ○ Mammographie ○ échographie ○ Scanner ○ IRM Date d'examen : ☐ Autres (préciser) :
--	---

☞ Je joins à ma demande la copie recto/verso de ma pièce d'identité

☐ Demande la communication du dossier médical de :

NOM – Prénom :

Date de naissance :/...../.....

J'ai la qualité suivante :

☐ Titulaire de l'autorité parentale (enfant mineur) ☐ Père ☐ Mère

☞ Je joins la copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et une copie du livret de famille et en cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales

☐ Tuteur ou Curateur (majeur protégé)

☞ Je joins la copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, la copie recto-verso de la pièce d'identité du patient et la copie de l'ordonnance du juge des tutelles

2. MODALITES SOUHAITEES POUR LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS MEDICALES :

- ◇ **Remise en mains propres** : on me contactera pour venir le récupérer à l'Hôpital de Saint Avold ou au Centre Médico Gériatrique de Forbach.
- ◇ **Consultation sur place est gratuite**, on me contactera pour me fixer un RV
- ◇ **Consultation sur place en présence d'un médecin** pour explications médicales. J'autorise ce médecin à accéder à mon dossier médical et je renonce au bénéfice du secret médical
- ◇ **Envoi des copies** en recommandé avec accusé de réception
 - ☐ à l'adresse suivante :
 - ☐ à un médecin, à l'adresse suivante :

3. TARIF UNITAIRE DES COPIES DES DOCUMENTS MEDICAUX :

Les photocopies du dossier sont réalisées **gratuitement lors de la première demande du patient** au regard de la réglementation européenne sur la protection des données. Une facturation peut être exigée en cas de nouvelle demande similaire.

Documents	Tarifs
Pages de format A4 en impression noir et blanc	0.20 €
Contretype radio de dimension 20/25 :	1,70 €
Contretype radio de dimension 26/36 :	2,00 €
Contretype radio de dimension 36/43 :	3,50 €
Cédérom :	2,75 €
Frais d'envoi postal (lettre ou colis recommandé avec accusé de réception	, €

4. ATTESTATION :

Je soussigné(e), M., Mme,

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et
- accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé des documents médicaux que je pourrai demander.

Date :/...../.....

Signature du demandeur

Références : - Loi du 4 mars 2002, les droits du patient CSP

- Article 2 du décret du 29 avril 2002 relatif aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de la Santé Publique (CSP)

- Arrêté du 5 mars 2004, recommandations des bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne

- Règlementation européenne sur la protection des données du 26 octobre 2023

Documents à retourner à :

Directeur

Hôpital – GROUPE SOS SANTE

Rue Ambroise Paré - BP 70069 - 57502 SAINT-AVOLD CEDEX

Tél : Secrétariat de Direction 03.87.91.81.02 – mail : dossiers-patients-stavold@groupe-sos.org

ou Service Relations avec les usagers : 03.87.91.81.73