

Demande du dossier médical

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

né(e) le [JJ/MM/AAAA] :

demande communication :

de mon dossier médical

ou

du dossier médical de :

Nom :

Prénom :

né(e) le [JJ/MM/AAAA] :

en tant qu'ayant-droit : mandataire tuteur héritier si décès
avec pièces justifiant la filiation (livret de famille) ou le mandat à joindre

concernant

les périodes [date(s) de début et date(s) de fin] :

détenu(s) par l'Agence de Santé (ADS)

ou

le service de l'ADS [nom du service] :.....

Je sollicite la restitution de mon dossier :

lors d'une consultation sur place, avec photocopie de mon dossier

ou

lors d'une consultation sur place, avec clé USB

ou

par mail à l'adresse suivante :@.....

Pièce d'identité à joindre.

Date :

Signature

Ce formulaire est à adresser par mail : dossier.patient@adswf.fr