



Dossier suivi par le docteur :

Tél :

Courriel :

N/Ref.:

I – Identité du demandeur

Je soussigné (e) Mme ou M (Nom, prénom, nom de jeune fille)

.....  
.....

Né(e) le :

.....  
.....

Domicilié(e)

.....  
.....

N° de téléphone (nécessaire pour vous appeler si difficulté)

.....

Agissant en tant que :

- Patient
- Représentant légal (père, mère, tuteur) de : (Nom, prénom)  
.....
- Ayants droit de : (Nom, Prénom, Nom de jeune fille)  
.....

Né ( e ) le .....

décédé ( e ) le .....

Motif de la demande de communication (pour les ayants droit) :

- Connaitre les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir mes droits

II – Demande la communication des documents suivants :

- Le ou les comptes rendus de l'hospitalisation du ..... Au .....
- Autre document, à préciser
- Le dossier réglementaire

Renseignements facilitant la recherche du dossier : date d'hospitalisation, service(s) d'hospitalisation, nom du (des) médecin(s) hospitalier(s)

.....

.....

.....

.....

.....

III – Selon les modalités suivantes:

- Je choisis la consultation du dossier sur place en présence d'un médecin hébergeur:  
.....  
Tél : .....(Le médecin de l'hôpital recommande, s'il le juge nécessaire, la présence d'un accompagnant de votre choix pour la consultation sur place de votre dossier.)
- Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations
- Je désigne comme intermédiaire le docteur : Nom, prénom,  
.....  
Adresse, coordonnées téléphoniques .....
- Je mandate pour recevoir les documents listés ci-dessus : Nom, prénom,  
.....  
Adresse, coordonnées téléphoniques .....

Le présent formulaire dûment rempli et signé, **doit être accompagné, dans tous les cas de la photocopie d'identité du demandeur ainsi que :**

- Pour les représentants légaux d'un mineur, d'une copie de tout document attestant de leur autorité parentale (livret de famille, jugement, ...).
- Pour les représentants légaux d'un majeur sous tutelle, d'une copie du jugement leur confiant la tutelle.
- Pour les ayants droit d'un patient décédé, d'une copie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient et à l'exception du conjoint et des enfants, d'une copie de tout document attestant de la qualité d'ayants droit (attestation notariale, ...).

La société Adista ne peut accéder aux données de santé hébergées dans ses Datacenters. Toutefois, si la personne concernée n'arrive pas à obtenir ses informations, Adista mettra en œuvre des moyens pour aider à ce recueil des informations.

Dès réception par la société ADISTA du formulaire et des pièces jointes, le Médecin Hébergeur d'Adista se mettra en rapport avec l'établissement de soins pour que les informations soient communiquées. Cette communication peut entraîner des frais qui sont à la charge du demandeur.

Pour rappel, l'établissement de soins doit communiquer les informations sous huit jours (2 mois pour les informations datant de plus de 5 ans) conformément à l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. La société Adista ne peut être tenue pour responsable des délais de traitement de l'établissement de soins.

Date :

Signature

**FORMULAIRE A IMPRIMER, A REMPLIR ET A RENVOYER AVEC LES PIECES JUSTIFICATIVES  
DEMANDEES SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ADRESSE SUIVANTE :**

**ADISTA**

**A l'attention du Médecin Hébergeur – Confidentiel**

**1 rue de la Presse**

**42 000 SAINT ETIENNE**