

Formulaire de demande de copie de dossier/résultats patient par son représentant

Cadre 1- Coordonnées du patient

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse : Rue : n° : Bte :
 Code Postal :
 Localité : Pays :
 Numéro de téléphone :

le patient est encore en vie
 (Remplir cadres 2 et 3)

le patient est décédé
 (Remplir cadres 2 et 4)

Cadre 2- Coordonnées du demandeur

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse : Rue : n° : Bte :
 Code Postal :
 Localité : Pays :
 Numéro de téléphone :

Lien avec le patient :

Epoux/cohabitant légal Fils/fille
 Frère/Sœur Père/mère
 Autre : préciser le lien par rapport au patient :

Cadre 3 – Procuration du patient au demandeur

Je soussigné(e) (Nom/Prénom)
 né(e) le domicilié à (cf. cadre 1) autorise
 (Nom/prénom) domicilié à (cf. cadre 2) à
 demander une copie des documents:

afférents aux /à la période(s) d'hospitalisation suivante(s) me concernant:

ou concernant les consultations suivantes me concernant:

autres :

Date + signature du patient

Cadre 4 – Demande de consultation du dossier/résultats d'un patient décédé

Rappel de la loi du 22/08/2002 art 9§4 :

Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, **par l'intermédiaire du praticien professionnel désigné** par le demandeur, le droit de solliciter une consultation, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. La motivation de la demande sera analysée par le médecin chef qui marquera son accord pour la consultation du dossier.

Motivation de la demande (obligatoire) :

.....

Coordonnées du praticien professionnel désigné :

• NOM : Dr

.....

• Prénom :

.....

• Adresse : Rue : n° : Bte :

• Code Postal :

• Localité :

Pays :

• Numéro de téléphone:

N'oubliez pas de joindre au présent formulaire une copie de la carte d'identité (recto-verso) du demandeur et de celle du patient (sauf s'il est décédé) et, s'il y a lieu, tout document attestant de votre qualité de représentant ou d'ayant droit du patient.

Merci d'envoyer le tout à :

<p>CHU Brugmann Direction Médicale (médecin chef) 4, Place Van Gehuchtenplein Bruxelles 1020 Brussel Tél : 02/ 477 39 16 - Fax : 02/477 39 20 directionmedicale@chu-brugmann.be</p>

Dès réception de votre demande valide et de(s)/de la copie(s) de(s) carte(s) d'identité nécessaire(s), la Direction médicale donnera suite dans les meilleurs délais à votre demande et au plus tard, dans les 15 jours de sa réception.

Pour toute question relative aux droits du patient, veuillez contacter le service de médiation hospitalière au 02/477 39 29.

DATE + SIGNATURE DU DEMANDEUR 2/2