

## Formulaire de demande de copie de dossier /résultats par le patient personnellement

Vos coordonnées :

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

**Par la présente, je sollicite une copie des documents :**

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

-----  
-----

ou concernant mes consultations suivantes :

-----  
-----

Autres:

-----  
-----

Je souhaite que les documents :	
<input type="checkbox"/> me soient remis en mains propres  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Un courrier vous sera adressé vous expliquant comment venir retirer votre copie.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> soient envoyés à mon médecin à l'adresse suivante :  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nom : Dr.....</li> <li>● Prénom :.....</li> <li>● Adresse : Rue..... N° :..... Bt :.....</li> <li>● Code postal :.....</li> <li>● Localité :.....</li> <li>● Pays:.....</li> <li>● Tél: .....</li> </ul>

**Merci de joindre au présent formulaire une copie de votre carte d'identité (recto-verso) et d'envoyer le tout à :**

**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](mailto:directionmedicale@chu-brugmann.be)

Dès réception de votre demande valide et de la copie de votre carte d'identité, 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**