

Formulaire de demande DOSSIER PATIENT

1. Patient concerné

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance / Matricule national : _____

Hospitalisation / Consultation / Examen du : _____

Médecin responsable : _____

2. Demandeur du dossier

Patient lui-même

Proche du patient (sur mandat écrit du patient)

Père/Mère

Fils/Fille

Epoux/Epouse

Conjoint/Conjointe

Personne de confiance (cf. Art. 12 (4) de la loi du 24 juillet 2014 sur les droit et devoirs du patient)

Service national d'information et de médiation santé dans le cadre de sa mission de prévention, d'information et de conseil (sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente)
(cf. Art. 12 à 14 de la loi du 24 juillet 2014 sur les droits et devoirs du patient)

Directeur de la Santé ou fonctionnaire de sa direction délégué par lui dans l'exercice de sa mission d'instruction dans le cadre d'une plainte

Patiente Vertriebung asbl (sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente)

Coordonnées du demandeur

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Motif de la demande : _____

3. Remise du dossier

Documents médicaux pertinents (lettres de sortie, rapports opératoires, avis, rapports radiologiques, ...)

Intégralité du dossier d'hospitalisation (fiches soins, fiches température, paramètres, ...)

En cas d'accord de votre part, le dossier vous sera remis en mains propres après paiement auprès du Secrétariat de direction dans un délai maximal de 15 jours ouvrables à compter de la réception de la demande, conformément à l'art. 16 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Demandé le : _____

Signature du demandeur : _____