

## DEMANDE DE CONSULTATION ET DE COPIE DU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT MINEUR DECEDE

### Rappel de la Loi du 22/08/2002 – article 9§4/1

Après le décès d'un patient mineur, la personne qui au moment du décès du patient agissait en tant que représentant de ce dernier et les parents du patient jusqu'au deuxième degré inclus sont autorisés à exercer le droit de consultation et le droit de copie. La demande des parents du patient jusqu'au deuxième degré inclus est suffisamment motivée et spécifiée (...)  
Le droit de consultation et de copie ne peut pas être exercé si le patient s'y est opposé expressément.

### OBJET DE LA DEMANDE

- Consultation du dossier médical (1)
- Copie du dossier médical (2)

**REMARQUE :** la consultation consiste à la lecture des éléments du dossier médical sur papier ou sur ordinateur. Dans ce cas, une copie (ou photographie) des éléments est interdite. Pour recevoir une copie du dossier médical, le demandeur doit faire une demande de copie du dossier médical.

### COORDONNEES DU PATIENT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### COORDONNEES DU DEMANDEUR

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.

**Joindre une copie de la carte d'identité recto/verso**



Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Justification (sauf pour le représentant) : \_\_\_\_\_

**(1) DEMANDE DE CONSULTATION : COORDONNEES DU PRATICIEN  
PROFESSIONNEL DESIGNÉ POUR LA CONSULTATION DU DOSSIER AU SEIN DE  
NOS LOCAUX (prendre RDV au 064/27.73.87)**

Nom et prénom du praticien : \_\_\_\_\_

Numéro INAMI : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

**(2) DEMANDE DE COPIE : COORDONNEES POUR LA TRANSMISSION DES  
DOCUMENTS**

- Remise en main propre au demandeur
- Envoi au domicile du demandeur par recommandé (avec accusé de réception)
- Envoi vers un médecin

Nom et prénom du médecin : \_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

- Remise sous format électronique

Adresse mail : \_\_\_\_\_



### **DOCUMENTS SOUHAITES**

- l'entièreté du dossier (remontant à \_\_\_\_ ans)
- les éléments relatifs à une spécialité/pathologie ou à un évènement précis (précisez \_\_\_\_\_)
- les examens médicaux réalisés en date du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/
- les clichés d'imagerie médicale correspondants à ces examens (sur CD ROM)
- les résultats des prélèvements réalisés en date du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

### **COMPLEMENT D'INFORMATION**

Afin de répondre au mieux à la demande, merci d'indiquer d'éventuel point d'attention

---

Demande faite le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du demandeur :

