

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

Remarque

En vertu de l'article 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, les données concernant les tiers sont exclues du droit de consultation et de copie du dossier médical. Si des données concernant des tiers figurent dans le dossier médical demandé, celles-ci seront occultées pour des raisons de confidentialité.

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 DESIGNE POUR LA CONSULTATION DU DOSSIER AU SEIN
DE NOS LOCAUX (prendre RDV au 064/27.63.27)**

Nom et prénom du praticien : _____

Numéro INAMI : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

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

- Remise sous format électronique

Adresse mail : _____

- Envoi vers un médecin

Nom et prénom du médecin : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

- Remise en mains propres
 Envoi au domicile du demandeur par recommandé (envoi aux frais du demandeur)



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 ____/____/____
- l'entièreté du dossier (remontant à _____ ans)
- 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 :

