

## DEMANDE DE COPIE DU DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT

### 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.

### COORDONNEES DU PATIENT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### DOCUMENTS SOUHAITES

- 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

\_\_\_\_\_

### 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 propre au patient
- Envoi au domicile du patient par recommandé (envoi aux frais du demandeur)

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

Signature :

