



Formulaire de demande de copie de dossier médicaux

- Par le patient personnellement ➤ Remplir le **cadre 1**
 Par le représentant du patient ➤ Remplir les **cadres 1 et 2 + 3 ou 4**

Cadre 1 - Coordonnées du patient

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Rue	N°	Bte
Code postal	Localité	
Nr de téléphone		

Cadre 2 – Coordonnées du demandeur

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Rue	N°	Bte
Code postal	Localité	
Nr de téléphone		
Lien avec le patient		
<input type="checkbox"/> Père/mère	<input type="checkbox"/> Frère/sœur	
<input type="checkbox"/> Epoux/cohabitant légal	<input type="checkbox"/> Fils/fille	
<input type="checkbox"/> Autre – Préciser le lien par rapport au patient :		
Date + signature du demandeur		

Cadre 3 – Procuration du patient demandeur

Je soussigné(e) (Nom/Prénom)
né(e) le domicilié(e) à (cf cadre 1) autorise (Nom/Prénom)
domicilié(e) à (cf cadre 2) à demander une copie des documents :
<input type="checkbox"/> afférents aux / à la période(s) d'hospitalisation suivante(s) me concernant :
.....
<input type="checkbox"/> ou concernant les consultations suivantes me concernant
.....
<input type="checkbox"/> autres :
.....
Date + signature du patient



Cadre 4 – Patient décédé : Demande de consultation du dossier/résultats

Rappel de la loi du 22/08/2002 art 9 §4

Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, **par l'intermédiaire du praticien professionnel désigné** par le demandeur, le droit de **consultation** pour autant que leur demande soit suffisamment **motivée et spécifiée** et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. Le praticien professionnel désigné consulte également les annotations personnelles.

Motivation de la demande (**obligatoire**)

Nom et qualité du praticien professionnel désigné :

Coordonnées du patient décédé :

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Rue

N°

Bte

Code postal

Localité

Nr de téléphone

Lien avec le patient

L'Hudarf peut demander une participation financière pour l'obtention d'une copie de dossier/résultats, conformément au tarif légal (0,10€/page, 5€/image, 10€/CD pour max 25€/dossier cf AR du 02/02/2007).

N'oubliez pas de joindre au formulaire :

Si le demandeur est le patient

- une **copie de votre carte d'identité (recto/verso)**

Si le demandeur est un représentant du patient

- une **copie de la carte d'identité (recto/verso) du demandeur**
- une **copie de la carte d'identité (recto/verso) du patient** (sauf s'il est décédé)
- s'il y a lieu, **tout document attestant de votre qualité de représentant ou d'ayant droit** du patient

Merci d'envoyer le tout à :

Hudarf - Direction Médicale (médecin-chef)

Av. J. J. Crocq 15 - 1020 Bruxelles

Tél : 02/477 29 24 ou 02/477 29 45 – Fax 02/477 23 99

Mail : dirsec@hudarf.be

Dès réception de votre demande valide et de(s)/de la copie(s) de(s) carte(s) d'identité nécessaire(s), 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.