



Consultation/ demande de copie du dossier médical

Le patient peut demander à consulter ou à obtenir une copie de l'intégralité ou de partie(s) de son dossier médical.

Pour accéder au dossier médical, le patient doit faire sa demande par écrit.

➤ **Adressée au :**

**Dr DENEUF,
Médecin Chef,
Rue Baron Lambert, 38
1040 Etterbeek**

➤ **Et comprenant :**

- Ses coordonnées complètes :
 - nom, prénom, date de naissance, adresse postale complète, numéro d'appel (tél, gsm) ;
- Une copie de sa carte d'identité recto-verso ;
- Le type de demande :
 - Copie du dossier ou simple consultation ;
- La partie du dossier demandée
 - dates, examens, hospitalisations,...
- Le nom du praticien professionnel à qui envoyer le dossier

Si le patient demande une aide pour rédiger sa demande, les coordonnées de la personne aidante doivent être mentionnées également sur le document.

Le délai légal pour obtenir son dossier est de 15 jours à compter de la réception écrite de la demande par le médecin chef.

**! Pour plus de facilités, n'hésitez pas à utiliser le formulaire
ci-dessous !**



Baron Lambert (B.L.)
Rue Baron Lambert 38 Baron Lambertstraat
Bruxelles 1040 Brussel
☎: 02 739 84 11 - Fax: 02 739 87 49

Joseph Bracops (J.B.)
Rue Docteur Huet 79 Dokter Huetstraat
Bruxelles 1070 Brussel
☎: 02 556 12 12 - Fax: 02 556 14 09

Etterbeek Ixelles/Etterbeek Elsene (E.I.)
Rue J. Paquot 63 J. Paquotstraat
Bruxelles 1050 Brussel
☎: 02 641 41 11 - Fax: 02 641 42 70

Molière Longchamp (M.L.)
Rue Marconi 142 Marconistraat
Bruxelles 1190 Brussel
☎: 02 348 51 11 - Fax: 02 348 51 45

Formulaire de demande d'accès au dossier médical

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :
Téléphone :
Adresse :

(éventuellement étiquette identifiant le patient)

COPIE DU DOSSIER

CONSULTATION DU DOSSIER

• **TOUT LE DOSSIER**

• **LA PARTIE DE DOSSIER SUIVANTE :**

Consultation

Hospitalisation

Urgences

Protocoles d'examens

Résultats de prises de sang

Rapport d'hospitalisation

Autre(s) (précisez).....

Spécialité médicale (service) :

Site :

Dates des séjours/examens :

Motif(s) de la demande :

.....

.....

.....

Remarques éventuelles :

.....

.....

VOLET 1 : PATIENT (À compléter par le patient qui souhaite demander et consulter son dossier médical lui-même)

Nom, Prénom(s) :

N° de la carte d'identité :

! Une photocopie de la carte identité est à joindre au présent document.



Baron Lambert (B.L.)
Rue Baron Lambert 38 Baron Lambertstraat
Bruxelles 1040 Brussel
☎: 02 739 84 11 - Fax: 02 739 87 49

Joseph Bracops (J.B.)
Rue Docteur Huet 79 Dokter Huetstraat
Bruxelles 1070 Brussel
☎: 02 556 12 12 - Fax: 02 556 14 09

Etterbeek Ixelles/Etterbeek Elsene (E.I.)
Rue J. Paquot 63 J. Paquotstraat
Bruxelles 1050 Brussel
☎: 02 641 41 11 - Fax: 02 641 42 70

Molière Longchamp (M.L.)
Rue Marconi 142 Marconistraat
Bruxelles 1190 Brussel
☎: 02 348 51 11 - Fax: 02 348 51 45

VOLET 2 : PERSONNE DE CONFIANCE (À compléter par le patient qui souhaite désigner une personne de confiance pour l'aider et l'accompagner dans ses démarches, notamment lors de la consultation du dossier médical. La personne de confiance peut être au choix du patient un membre de la famille, un ami, un médecin de famille, etc.)

Je désigne une personne de confiance :

<p>Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/></p> <p>Nom, Prénom(s) :.....</p> <p>Date de naissance :.....</p> <p>Adresse :.....</p> <p>Code postal/localité :.....</p> <p>N° de téléphone fixe :.....</p> <p>N° de GSM :</p> <p>N° de carte d'identité :</p> <p>(! une copie de la carte d'identité est à joindre au présent document)</p> <p>Signature de la personne de confiance :</p>	<p>Médecin, praticien professionnel <input type="checkbox"/></p> <p>Cachet ou coordonnées</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>Signature de la personne de confiance :</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Concernant le patient :

Nom, Prénom(s) du patient :.....
N° de la carte d'identité :.....
! Une photocopie de la carte identité est à joindre au présent document.

Je confirme avoir reçu un document reprenant toutes les informations utiles sur les droits relatifs à l'accès et à la consultation de mon dossier médical. En cas de désignation d'une personne de confiance, je suis conscient des implications de ma démarche.

Fait à, **le**

Signature du PATIENT (précédé de la mention « Lu et approuvé ») :

Nom de l'agent qui a aidé le patient à remplir le présent document.....
Service et tél :