

Baron Lambert (BL)
38 Rue Baron Lambertstraat
1040 Bruxelles / Brussel
Tel : 02.739.84.11

Joseph Bracops (JB)
79 Rue Dr Huetstraat
1070 Bruxelles / Brussel
Tel : 02.556.12.12

Etterbeek - Ixelles (EI)
Etterbeek - Elsene (EE)
63 Rue Jean Paquotstraat
1050 Bruxelles / Brussel
Tel : 02.641.41.11

Molière Longchamp (ML)
142 Rue Marconistraat
1190 Bruxelles / Brussel
Tel : 02.348.51.11



Siège social - Maatschappelijke zetel

38 Rue Baron Lambertstraat - 1040 Bruxelles / Brussel

Formulaire : **Demande d'un patient aidé d'un représentant**

Coordonnées du patient :

(Éventuellement étiquette identifiant le patient)

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :
Numéro de téléphone :
Adresse : Rue n° : Bte :
Code postal : Localité :
N° de la carte d'identité :

Une copie recto/verso de la carte d'identité doit être jointe au présent document

Coordonnées du représentant :

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :
Numéro de téléphone :
Adresse : Rue n° : Bte :
Code postal : Localité :
N° de la carte d'identité :

Lien avec le patient :

- Époux/ Cohabitant légal
- Frère/ Sœur
- Fils/ Fille
- Père/ Mère
- Autre : précisez le lien par rapport au patient :

DATE + SIGNATURE DU REPRESENTANT :

Une copie recto/verso de la carte d'identité du représentant doit être jointe au présent document

Procuration du patient à son représentant :

Je soussigné(e) (Nom/Prénom).....
Né(e) le
domicilié(e)

autorise
(Nom/Prénom)
domicilié(e)

à demander une copie des documents :

Afférents aux/ à la période(s) d'hospitalisation suivante(s) :

Concernant les consultations suivantes :

Concernant un passage au service des urgences :

Autre :

Je suis conscient des implications de ma démarche.

DATE, MENTION « LU ET APPROUVE » + SIGNATURE DU PATIENT :

Je souhaite que les documents :

Soient envoyés à mon adresse de domicile
légal (voir cadre ci-dessus)

Soient envoyés par mail à l'adresse mail
suivante :
.....@.....

Soient envoyés à mon médecin à l'adresse
suivante :

Nom : Dr
Rue :
N° :Bte.....
Code postal :
Localité :

Les Hôpitaux Iris Sud se réservent le droit de demander une participation financière pour toute copie de dossier médical, conformément au tarif légal fixé par l'Arrêté Royal du 2 février 2007.

N'oubliez pas de joindre **une copie recto-verso des deux cartes d'identité (patient et représentant)** et d'envoyer le tout :

- Soit par courrier à l'adresse :

Hôpitaux Iris Sud
Direction Médicale
Rue Baron Lambert, 38
1040 Etterbeek

- Soit par mail à l'adresse mail suivante : dossier@his-izz.be

- Soit par fax : 02/641.46.00

