

**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 faite par le patient**

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**

#### Site hospitalier (cochez la case) :

- Baron Lambert (Rue Baron Lambert, 38 à 1040 Etterbeek)
- Etterbeek-Ixelles (Rue Jean Paquot, 63 à 1050 Ixelles)
- Joseph Bracops (Rue Dr Huet, 79 à 1070 Anderlecht)
- Molière-Longchamp (Rue Marconi, 142 à 1190 Forest)

#### Je souhaite obtenir une copie des documents concernant :

- La ou les période(s) d'hospitalisation suivante(s) :

.....  
.....

- Les consultations suivantes :

.....  
.....

- Un passage au service des urgences :

.....  
.....

- Autres :

.....  
.....  
.....

#### Nom du médecin et/ou de la spécialité médicale (service) :

.....

Je souhaite que les documents :	
<input type="checkbox"/> Soient envoyés à mon adresse de domicile légal (voir cadre ci-dessus)	<input type="checkbox"/> Soient envoyés <b>à mon médecin</b> à l'adresse suivante : Nom : Dr ..... Rue : ..... N° : .....Bte..... Code postal : ..... Localité : .....
<input type="checkbox"/> Soient envoyés par mail à l'adresse mail suivante : .....@.....	

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.

**DATE ET SIGNATURE DU PATIENT :**

N'oubliez pas de joindre **une copie recto-verso de votre carte d'identité** 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](mailto:dossier@his-izz.be)
- Soit par fax : 02/641.46.00

