

**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 de consultation du dossier d'un patient décédé**

**Rappel de la loi du 22 août 2002 article 9§4**

Après le décès d'un 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 de son vivant. L'accès au dossier est limité à la consultation indirecte via une consultation du dossier sur place et sans aucune reproduction du dossier et obligatoirement par le praticien professionnel mandaté par les ayants droits.

**Coordonnées du patient décédé :**

(Éventuellement étiquette identifiant le patient)

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Adresse : Rue.....n° : ..... Bte : .....  
Code postal : .....Localité : .....

**Coordonnées du praticien professionnel désigné (obligatoire) :**

Nom : Dr .....  
Prénom : .....  
Numéro INAMI : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Adresse : Rue.....n° : ..... Bte : .....  
Code postal : .....Localité : .....

**Coordonnées du demandeur :**

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 (Obligatoire):**

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

**DATE + SIGNATURE DU DEMANDEUR :**

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

Envoyer te 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

