

Formulaire de demande d'une copie de dossier médical

Conformément à la loi du 22 août 2002 relative à la loi sur les droits du patient

Identité du patient (joindre copie recto verso de votre carte d'identité)

Nom : Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse :
Code postal : Localité :
N° de téléphone :

Identité du demandeur (facultatif - si autre que patient (joindre également copie recto verso de votre carte d'identité))

Agissant en tant que : représentant légal (père, mère, tuteur) personne de confiance (!!! remplir verso !!!)

Nom : Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse :
Code postal : Localité :

Art 12 §1 Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur

Art 12 §2 Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Art 9 §1 A sa demande, le patient peut se faire assister d'une personne de confiance, désignée par elle-même, pour exercer son droit de copie de dossier (remplir le document au verso).

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.

Site concerné : Saint Joseph Mons Warquignies

Motif de la demande :

Autre médecin / hôpital
 Assurance Expertise Mutuelle Autre organisme :

!!!! Nous attirons votre attention sur le fait que tout organisme externe peut vous demander de communiquer des pièces médicales mais uniquement en rapport avec le motif de son intervention (ex : accident, ...). Merci donc de préciser ci-dessous l'objet de votre demande.

Copie des informations médicales :

La copie de dossier vous étant facturée (maximum 25 €), nous vous invitons à préciser l'objet de votre demande :

Date : à partir du / du au
 Service / Spécialité (ex Orthopédie, pneumologie, gastroentérologie) :
 Nom du praticien : Rapport de consultation Rapport d'hospitalisation
 Radiologie : Protocoles Clichés radiologiques (facturé 5 €/CD)
 Biologie :
 Autres :

Intégralité du dossier médical

Tous les rapports Imagerie/consultation/hospitalisation, toutes spécialités confondues, + derniers rapports biologiques

Modalité de transmission :

Dès que votre copie de dossier est prête, vous serez contacté téléphoniquement. Votre copie est à venir retirer personnellement, moyennant paiement, à l'accueil central du site choisi ci-dessous :

Saint Joseph Mons Warquignies

Facturation des copies de dossiers médicaux :

Conformément à l'A.R. du 2 février 2007, la reproduction peut être facturée

Texte reproduit sur support papier à partir de la 11 ^e page	0,10 euro par page reproduite
Par image reproduite (imagerie médicale)	5 euros par CD
Si du texte et/ou des images sont reproduit(e)(s) sur un support numérique	10 euros quel que soit le nombre de supports numériques fournis
Le coût d'une copie d'un dossier médical	Ne peut dépasser 25 euros

Je m'engage à m'acquitter des frais relatifs à l'obtention de mon dossier.

Date :/...../.....

Signature du patient :

Direction Médicale

Siège administratif
Bd F. Masson 5 - 7000 Mons

Dr Sébastien BARTHOLOMEE
Directeur Médical
sebastien.bartholomee@chrnh.be

Dr Xavier MUSCHART
Directeur Médical adjoint
xavier.muschart@chrnh.be

Secrétariat

Natacha BIVORT
Tél. : + 32 65 38 60 04
Fax : + 32 65 35 93 68
natacha.bivort@chrnh.be

En partenariat avec



Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art 7§2, art 9§2, art9§3)

Je soussigné (e), (nom et prénom du patient), désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui peut également, en dehors de ma présence, exercer les droits suivants :

<p><input type="checkbox"/> s'informer sur mon état de santé et son évolution probable Période: (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...) Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :</p>
<p><input type="checkbox"/> consulter mon dossier patient Période: (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...) Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :</p>
<p><input type="checkbox"/> demander une copie de mon dossier patient Période: (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...) Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :</p>

▪ **Identité du patient :**

- adresse :
- numéro de tél. : date de naissance :

▪ **Identité de la personne de confiance**

- Nom et prénom.....
- adresse :
- numéro de tél. : date de naissance :

Fait àle date

Signature du patient

Recommandation : Il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois exemplaires. Un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un par le praticien chez qui la personne de confiance, sans la présence du patient, reçoit l'information, consulte le dossier ou peut faire une copie du dossier.

Information : Le patient peut à tout moment faire savoir au praticien que la personne de confiance ne peut plus agir comme repris ci-dessus.