**IDENTITÉ DU PATIENT**

Nom  Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone :

**COPIE DES INFORMATIONS MÉDICALES**

* Intégralité du dossier
* Compte-rendu(s) (hospitalisation, consultation) ou autre(s) courrier(s)
  + Service(s) :
  + Médecin responsable :
  + Date(s) :
* Autres documents, à préciser :

**MODALITÉS DE TRANSMISSION**

* Envoi à un médecin de votre choix, précisez :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

* Remise sur place.

La loi relative aux droits du patient fixe à 15 jours (après réception de votre demande) le délai dans lequel il doit être donné suite à votre demande.

**FACTURATION DES COPIES DE DOSSIERS MÉDICAUX**

Conformément à l’Arrêté Royal du 2 février 2007, la reproduction des documents peut vous être facturée :

Si la page de texte reproduite est fournie sur papier : 0,10€ par page, avec un maximum de 25€.

Toute copie supplémentaire des documents qui ont été envoyés au patient, doit être faite par le patient lui-même.

**ENVOI DE LA DEMANDE**

***Afin de certifier l’identité du demandeur, une copie de votre carte d’identité doit être jointe à votre demande.***

Nous vous remercions d’envoyer ce formulaire complété et la copie de votre carte d’identité :

* Par mail à l’adresse [copiedossiermedical@chnwl.be](mailto:copiedossiermedical@chnwl.be)

OU

* Par courrier postal à l’adresse :

CHN William Lennox

Secrétariats médicaux

Allée de Clerlande 6

1340 Ottignies

Date :

Signature :