**IDENTITÉ DU PATIENT**

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone :

**Coordonnées du praticien professionnel désigné :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone :

Agissant en tant que :

* Représentant légal (père, mère, tuteur)
* Ayant droit

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient :

* Art. 12 §1er: Si le patient test 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 autonomie par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

**MOTIVATION DE LA DEMANDE (obligatoire)**

**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**

|  |
| --- |
| ***Doivent être joints à la demande :***   * ***Une copie de votre carte d’identité afin de certifier l’identité du demandeur*** * ***La photocopie de la carte d’identité du patient pour lequel vous demandez la copie du dossier*** * ***Un document attestant de votre qualité de représentant légal (extrait d’acte de naissance) ou d’ayant droit du patient*** |

Nous vous remercions d’envoyer ce formulaire complété et les pièces d’identités citées ci-dessus :

* 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 :