

Formulaire patient

Demande d'une copie de votre dossier médical

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone – GSM / Portable : Mail (optionnel) :

COPIE DES INFORMATIONS MÉDICALES

Si votre demande concerne :

- **l'intégralité (remontant à 5 ans)** de votre dossier médical, veuillez cocher uniquement le cadre 1
- **une partie** de votre dossier médical, prenez directement le cadre 2.

Cadre 1

- Je souhaite obtenir **l'intégralité (remontant à 5 ans)** de mon dossier médical.

Cadre 2

Je souhaite obtenir la copie **partielle** de mon dossier médical

Merci de préciser la (les) période(s) concernée(s) :

- Compte(s)-rendu(s) (hospitalisation, intervention, consultation... et courrier(s) :
Service(s) :
Praticien(s) :
Date(s) :
- Examen(s) de biologie clinique réalisée(s) le :
- Autre(s) document(s) (*à préciser*) :

COMMENTAIRES ÉVENTUELS

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

ENVOI/RÉCEPTION DES COPIES

Attention : un seul choix possible.

- Je souhaite récupérer personnellement la copie de mon dossier médical au secrétariat médical de l'institution (je serai averti.e **par téléphone** dès que ce dernier sera prêt).
- Je souhaite qu'une autre personne récupère la copie de mon dossier médical au secrétariat médical de la CPFA. Je l'autorise à venir le retirer via une simple procuration (**datée et signée**) ou via un des formulaires disponibles dans la brochure « *Loi – Droits du patient* » du SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.
- Je souhaite que la copie du dossier médical du patient soit envoyée par courrier postal au médecin de mon choix :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

ENVOI DE LA DEMANDE

Ce présent formulaire complété, signé et **muni d'une copie recto/verso de votre pièce d'identité** peut être envoyé :

- ✓ par mail à secretariat.medical@fralex.be
- ✓ par courrier postal :

Secrétariat médical
Rue du Château de Ruyff, 68
4841 HENRI-CHAPELLE

Date :

Signature :

Volets réservés à l'institution

SEC : Remise des copies sur place + signature récépissé **OU** envoi par courrier postal (patient-e / autrui) le :

Page(s) :

ARC : Reçu le : | Copies déposées à l'accueil de l'institution le

Récupération des copies + signature récépissé le : **OU** envoi par courrier postal (patient-e / autrui) le :

Page(s) :

.....