

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL *
PAR LE PATIENT PERSONNELLEMENT

(Conformément à l'article 9 §2 et 3 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

NOM :		
PRENOM :		
DATE DE NAISSANCE :		
ADRESSE :		
CP :	BTE :	LOCALITE :
TEL :		

En vertu de l'article 9 § 3 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, je sollicite par la présente une copie de mon dossier médical :

dans son intégralité

une copie relative à l'affection ou période d'hospitalisation suivante :

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

autres :

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

Et ceci pour la raison suivante :

Assurance

Médecin-conseil

Raisons personnelles

Autres

.....

LE DOSSIER DOIT ETRE TRANSMIS

au patient directement

au médecin traitant

Dr

Adresse :

CP : Localité :

Tel :

* *Je suis informé(e) qu'un montant de 0,10 euro peut être demandé au patient pour chaque page reproduite de texte qui lui est fournie sur un support papier ;*

Un montant maximal de 5 euros par image reproduite peut être demandé au patient qui exerce son droit d'obtenir une copie pour ce qui concerne l'imagerie médicale ;

Si une ou plusieurs pages visées ci-dessus sont reproduites sur un support numérique, un montant maximal de 10 euros peut être demandé au patient pour l'ensemble des pages reproduites sur ce support ou sur l'ensemble de ces supports ;

Enfin, par demande d'une copie du dossier du patient, on peut réclamer au maximum un montant de 25 euros.

L'hôpital dispose d'un délai de 15 jours ouvrables dès réception d'une demande valide.

Date+signature

.....

Demande à remettre :

CHU Ambroise Paré – Direction médicale – Bd Kennedy 2 – 7000 MONS

Fax : 065/41.30.27



Joindre photocopie de la carte d'identité (recto-verso)