

## CHP - Demande d'une copie du dossier médical par le patient ou son représentant

Annexe - Référence : GED-AN-01943 - Version\* : 006

Se rapporte à la procédure : Obtention d'une copie de documents du dossier médical - [GED-PRO-02245](#)

**Vous pouvez retrouver vos données médicales via le [Réseau Santé Wallon](#) de manière sécurisée et totalement gratuite**

### Coordonnées du patient

Nom : Prénom :  
Date de naissance : ...../...../..... tél/GSM :  
Adresse : rue N° Boîte  
CP Localité

**Joindre une photocopie de la carte d'identité (recto-verso) en ordre de validité**

En vertu de la loi des Droits du patient du 22/08/2002 telle que modifiée, et plus particulièrement l'article 9 § 3, je sollicite par la présente une copie de mon dossier médical :

- ☐ Dans son entièreté
- ☐ La partie relative :
  - ☐ À la période d'hospitalisation en date du ...../...../.....
  - ☐ À la consultation du Dr ..... en date du ...../...../.....
  - ☐ Autres : .....

Et ceci pour la raison suivante :

- ☐ Médecin-conseil ☐ SPF/Personnes handicapées ☐ Assurance ☐ Raisons personnelles
- ☐ Autres (précisez) : .....

Tout organisme externe peut vous demander de communiquer des pièces médicales mais uniquement en rapport avec le motif de son intervention

### Le dossier doit être transmis

- ☐ **Au patient directement** (précisez ci-dessous ; 1 seul choix possible) :
  - ☐ À son adresse postale (reprise ci-dessus)
  - ☐ À venir chercher à l'Accueil du CHP Chêne aux HaiesSous format papier (si plus de 200 pages, vous serez invité.e à les reprendre à l'Accueil)  
**Aucune information n'est communiquée par fax, courrier électronique, ou même au téléphone.** (Cf. la sécurisation des traitements des données de santé)
- ☐ **OU au Médecin traitant OU à un autre médecin de votre choix**  
Dr (nom + prénom)  
Adresse : rue N° Boîte  
CP Localité  
tél/GSM :

Date ...../...../.....

**Signature du patient**

### Ou / Procuration à une personne de confiance

Si vous êtes dans l'impossibilité de vous déplacer, merci de compléter l'encadré ci-dessous afin de donner procuration à une **PERSONNE DE CONFIANCE** (Art.11/1 : Le patient a le droit de se faire assister par une ou plusieurs personnes de confiance dans l'exercice des droits énoncés dans le présent chapitre)

- Je soussigné(e) (nom, prénom du **patient**) : .....  
Né(e) le ...../...../....., désigne
- Mme/M. (nom, prénom de la **personne de confiance**) : .....  
....., né(e) le ...../...../....., comme étant la  
personne de confiance qui pourra prendre possession de la copie de mon dossier médical
- **Joindre une photocopie de la carte d'identité (recto-verso) du patient ET de la personne de confiance**

Date ...../...../.....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

### Ou / Coordonnées du demandeur (représentant légal / administrateur / autre)

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... tél/GSM : .....  
Adresse : rue ..... N° ..... Boîte .....  
CP ..... Localité .....

**Joindre une photocopie de la carte d'identité (recto-verso) en ordre de validité  
ET tout autre document attestant de votre qualité en tant que :**

- ☐ Représentant légal (père, mère, tuteur, parent d'accueil) (art. 14 § 1 et 2 : en cas d'incapacité du patient, c'est la personne qui exerce les droits du patient au nom de ce dernier)
- ☐ Administrateur de la personne
- ☐ Autre (précisez) : .....  
Le destinataire (Médecin, Mutuelle, Avocat, ...) doit lui-même faire une demande qu'il peut adresser à la Direction Médicale et il est impératif d'y joindre le **consentement écrit** du patient concerné

En référence à l'Article 15 § 1 de la loi du 22/08/2002 des Droits du patient : en vue de la protection de la vie privée du patient, la consultation ou une copie (entière ou partielle) peut être refusée à un représentant. Dans ce cas, ce droit peut être exercé par un praticien désigné par le représentant

### La présente demande peut être envoyée :

Formulaire disponible sur le site internet du CHP Chêne aux Haies, ou sur place, à l'Accueil

- ☐ Par mail : [demande-dossier-medical@chpchene.be](mailto:demande-dossier-medical@chpchene.be)
- ☐ Par envoi postal au CHP Chêne aux Haies, Secrétariat de la Direction Médicale, chemin du Chêne aux Haies 24 à 7000 Mons
- ☐ En déposant, à l'Accueil, la demande adressée au Secrétariat de la Direction Médicale
- L'hôpital dispose d'un délai de 15 jours ouvrables dès réception d'une demande valide