

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 Haies

Sous 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 (entièrre 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
- 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