

**DIRECTION MEDICALE**

Richard FROGNIER  
Directeur Médical

**SECRETARIAT**

Sandy ROUYR

Tél : 081/20 93 43  
Fax : 081/20 91 98  
E-mail : dirmed@slbo.be

**FORMULAIRE DE DEMANDE :**  
Consultation ou copie du dossier patient

Identité du patient (VEUILLEZ ÉCRIRE EN IMPRIMÉ SVP) ou du demandeur

Civilité : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom (Nom de jeune fille) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_

- Le patient est en vie  
 Le patient est décédé (droit de consultation cf. Art 9, §4)

Agissant en tant que :

- Patient  Ayant droit  
 Représentant légal (père, mère, tuteur)  Personne de confiance

**N'oubliez pas de joindre à cette demande, une copie de votre pièce d'identité, et/ou tout autre document attestant de votre qualité de représentant légal, d'ayant droit ou de personne de confiance**

Motivation de la demande :

- Assurance  Médecin-Conseil  Raisons personnelles  Autres

Coordonnées du praticien professionnel désigné :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

Consultation simple du dossier :

Copie des informations médicales :

Service : _____	<input type="checkbox"/> Période du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Copie complète pour cette spécialité
Service : _____	<input type="checkbox"/> Période du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Copie complète pour cette spécialité
Service : _____	<input type="checkbox"/> Période du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Copie complète pour cette spécialité
	<input type="checkbox"/> Copie complète de votre dossier médical

Conformément à l'Arrêté Royal du 02 février 2007, la reproduction des documents est facturée

Page de texte reproduite sur papier	0,10 € (tvac) par page
Par examen(s) reproduit sur CD	5 € (tvac) le CD avec un maximum de 10 € (tvac)
Le coût de la copie du dossier médical	Ne peut dépasser 25 € (tvac) CD compris

Modalité de transmission

- Envoi à votre domicile  
 Envoi à votre médecin traitant  
 Remise des copies sur place

Dès réception de ce document, les frais de dossier vous seront communiqués et dès réception de votre paiement sur le n° de compte : **BE57 3630 4201 9935** avec comme communication : **copie dossier médical + NOM-Prénom**, la copie de votre dossier vous sera envoyée dans un délai de 15 jours.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Tous les prestataires de soins impliqués dans votre prise en charge (médecins, infirmiers, kiné,...), ayant un lien thérapeutique avec vous-même, peuvent consulter votre dossier médical de St-Luc via le Réseau Santé Wallon ([www.rsw.be](http://www.rsw.be)).