

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 R/V de votre carte d'identité, et/ou tout autre document attestant de votre qualité de représentant légal, d'ayant droit ou de personne de confiance. SANS CETTE COPIE DE PIÈCE D'IDENTITÉ, LA DEMANDE NE SERA PAS TRAITÉE.

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 (UN SEUL CHOIX POSSIBLE)

- 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).