

DEMANDE DE CONSULTATION DE **DOSSIER MÉDICAL**

Coordonnées du patient ou de la patiente

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de téléphone :
Adresse :
Code postal : Localité :

Je souhaite obtenir une copie des documents concernant :

- La ou les période(s) d'hospitalisation suivante(s) :
- Les consultations suivantes :
- Un passage au service des urgences :
- Autres :
- Nom du médecin et/ou de la spécialité médicale (service) :

Je souhaite que les documents :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soient envoyés à mon adresse de domicile légal (voir cadre ci-dessus) | <input type="checkbox"/> Soient envoyés à mon médecin à l'adresse suivante : |
| <input type="checkbox"/> Soient envoyés par mail à l'adresse mail suivante :@..... | Nom : Dr |
| | Rue : |
| | N° : Bte |
| | Code postal : |
| | Localité : |

Date et signature du patient :

Une copie recto/verso de la carte d'identité du demandeur doit être jointe à ce document.

Ce document doit être envoyé rempli et signé :

Soit par courrier : Hôpital Erasme - Route de Lennik 808 - 1070 Anderlecht
Soit par mail : Medecin-chef.erasme@hubruxelles.be