

DEMANDE DE CONSULTATION DE **DOSSIER MÉDICAL D'UN PATIENT OU D'UNE PATIENTE AIDÉ(E) D'UN REPRÉSENTANT OU D'UNE REPRÉSENTANTE**

Coordonnées du patient ou de la patiente

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

Coordonnées du représentant ou de la représentante

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

Numéro de la carte d'identité :

Lien avec le patient :

- Époux ou cohabitant légal
- Frère / Sœur
- Fils / Fille
- Père / Mère
- Autre : précisez

**DATE ET SIGNATURE DU REPRÉSENTANT
OU DE LA REPRÉSENTANTE :**

Procuration du patient ou de la patiente à son représentant ou à sa représentante :

Je soussigné(e) (Nom/Prénom)
Né(e) le
domicilié(e)
autorise (Nom/Prénom)
domicilié(e)

à demander une copie des documents :

- Afférents aux / à la période(s) d'hospitalisation suivante(s) :
- Concernant les consultations suivantes :
- Concernant un passage au service des urgences :
- Autre (précisez) :

Je suis conscient des implications de ma démarche.

**DATE, MENTION « LU ET APPROUVE »
+ SIGNATURE DU PATIENT :**

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 : |

Des copies recto/verso des cartes d'identité du représentant et du patient doivent être jointes 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