

## 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 :**

**H.U.B**  
Route de Lennik 808  
1070 Bruxelles  
T +32 (0)2 555 31 11  
M [contact@hubruxelles.be](mailto:contact@hubruxelles.be)  
S [www.hubruxelles.be](http://www.hubruxelles.be)



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
DE BRUXELLES  
ACADEMISCH ZIEKENHUIS  
BRUSSEL



**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](mailto:Medecin-chef.erasme@hubruxelles.be)