|  |
| --- |
| **Direction médicale** • Docteur Brice Payen |
| brice.payen@chrhautesenne.be |
| **Secrétariat** : Tél. : 067/378 798 • Fax : 067/348 787COPIE.DOSSIER@chrhautesenne.be |

**Formulaire tiers - Demande de copie de dossier médical**

|  |
| --- |
| Identité du patient |
| Nom : ……………………………………. Prénom : ……………………………. |
| Date de naissance : ……………………. N° téléphone / GSM : ……………… |
| Adresse : ………………………………………………………………………………. |
| Code postale : …………………………… Localité : ……………………………. |
|  |
| ⮊Je joins la copie de ma carte d’identité (recto/verso). |
|  |

|  |
| --- |
| Identité du demandeur |
| Nom : ……………………………………. Prénom : ……………………………. |
| Date de naissance : ……………………. N° téléphone / GSM : ……………… |
|  |
| * Personne de confiance ou mandataire
 |
| * Parent – Tuteur (pour un patient mineur)
 |
| * Autres (à préciser) : ………………………………………….
 |

|  |
| --- |
| Motif de la demande   |
| …………………………………………..…………………………………………………………… |
| …………………………………………..…………………………………………………………… |
|  |
| * Je souhaite obtenir **l’intégralité** de mon dossier médical, depuis ………......... (date à préciser).
 |
|  |
| * Je souhaite obtenir la **copie partielle** de mon dossier médical.

Périodes et services à préciser : |
|  |
| …………………………………………..…………………………………………………………… |
| …………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………… |
|  |
| * Comptes-rendus d’imagerie et liens à réactiver
 |
|  |
| * Résultats de biologie clinique
 |
|  |
| * Autres documents (à préciser) …………………………………………………………...
 |

Cette copie sera transmise à la personne à qui j’ai donné procuration (joindre la procuration).

 Fait à Soignies, le ……………………….

 Signature

***Voir informations au verso - Note explicative***

1. Informations contextuelles

En vertu de l’article 9, §3, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, **tout patient a le droit d’obtenir une copie de son dossier ou d’une partie de celui-ci**. Le patient peut faire valoir ce droit à l’égard du praticien professionnel qui lui dispense des soins de santé.

La demande du patient doit être formulée par écrit auprès de la Direction médicale.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de la réception de la demande du patient. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle.

Seules les annotations personnelles d’un praticien professionnel et les données concernant des tiers n’entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation ou de copie, ni les informations qui seraient préjudiciables au patient.

1. Représentation du patient

Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l’autorité sur le mineur ou par son tuteur.

Tout patient peut préalablement désigner, par écrit, une personne pour se substituer à lui.

1. Montant à payer

L’arrêté royal du 2 février 2007 prévoit les **montants maxima** suivants, qui peuvent être demandés au patient dans le cadre de l’exercice du droit d’obtenir une copie du dossier de patient :

**0,10 euro** par page reproduite peut être demandé,

un montant total de **25 euros maximum** peut être réclamé.

Les frais de transmission de ce dossier médical sont pris en charge par le patient selon les montants maxima autorisés, le patient se présentant à l’accueil « Hospitalisation », guichet 5 ou 6 du site Le Tilleriau pour régler la facture. Le cas échéant, un bulletin de virement lui sera envoyé.

|  |
| --- |
| A compléter par le patient ou son représentant  |
|  |
| Je prends note des frais encourus pour obtenir copie du dossier médical. |
|  |
|  |
|  |
| Soignies, le ………………………. Nom et prénom : ………………………….. |
|  |
|  |
|  |
|  Signature : |