



## Formulaire A Demande de copie de son dossier médical par le patient personnellement

Je sou	ssigné(e) :	
•	Nom et prénom du patient	:
•	Date de naissance :	
•	Téléphone/GSM :	
•	Adresse :	
désire	e obtenir une copie :	
	de l'intégralité de mon dossier médical des éléments de mon dossier médical suivants :	
	<ul><li>hospitalisation :</li><li>consultation :</li></ul>	service(s) : date : service(s) : date :

Motif de la demande (facultatif) :



## Destinataire (un seul choix possible):

0	moi-même ■ envoyer à mon adresse postale (cf. supra)
	<ul> <li>me remettre en mains propres à la clinique</li> </ul>
0	mon médecin traitant (nom, adresse) :
0	un médecin (nom, adresse) :
0	autre :
.le m'e	engage à m'acquitter des frais relatifs à l'obtention de mon dossier.
00 111 0	origage a maequitter dee male relatile a resternien de mon deceler.
Date 6	et signature :

Ce formulaire, auquel **une copie recto-verso de votre carte d'identité doit être impérativement jointe**, doit être adressé au secrétariat de la direction médicale : Boulevard du Jardin Botanique 32 à 1000 Bruxelles (E-mail : directionmedicale@clstjean.be)