

**Formulaire A**

**Demande de copie de son dossier médical**

**par le patient personnellement**

*Je soussigné(e) :*

* Nom et prénom du patient :
…………………………………………………………………………………………
* Date de naissance :

…………………………………………………………………………………………

* Téléphone/GSM :

…………………………………………………………………………………………

* Adresse :

…………………………………………………………………………………………

*désire obtenir une copie :*

* de l’intégralité de mon dossier médical
* des éléments de mon dossier médical suivants :
* hospitalisation : service(s) :

 date :

* consultation : service(s) :

date :

*Motif de la demande (facultatif) :*

*Destinataire (un seul choix possible) :*

* moi-même
* envoyer à mon adresse postale (cf. supra)
* me remettre en mains propres à la clinique
* mon médecin traitant (nom, adresse) :

.…………………………………………………………………………………………

.…………………………………………………………………………………………

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* un médecin (nom, adresse) :

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* autre :

.………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

Je m’engage à m’acquitter des frais relatifs à l’obtention de mon dossier.

Date et signature :

*Ce formulaire, auquel* ***une copie recto-verso de votre carte d’identité doit être impérativement jointe****, doit être adressé à Micheline De Greef, secrétaire référente, département Patient Expérience : Boulevard du Jardin Botanique 32 à 1000 Bruxelles (E-mail : mdegreef@clstjean.be)*