

**Formulaire B**

**Demande de copie du dossier médical d’un patient**

**par autrui**

*Je soussigné(e) :*

* Nom et prénom:  
  .…………..……………………………………………………………………………
* Date de naissance :  
  ………………………………………………………………………………………..
* Téléphone/GSM :  
  ………………………………………………………………………………………..
* Adresse :  
  ………………………………………………………………………………………..

*agissant en qualité de :*

* personne de confiance

*Vous devez produire à l’appui de votre demande l’accord écrit du patient vous autorisant nommément à obtenir une copie de son dossier médical ainsi qu’une copie de la carte d’identité recto-verso du patient et de la vôtre.*

* représentant légal (patient mineur ou majeur incapable)

*Pour un majeur incapable, vous devez produire à l’appui de votre demande un document attestant de votre qualité de représentant légal (mandat, décision judiciaire, lien ou parenté avec le patient, …) ainsi qu’une copie d’identité recto-verso de votre carte d’identité.*

*sollicite la copie du dossier médical du patient :*

* Nom et prénom :  
  .…………..……………………………………………………………………………
* Date de naissance :  
  ………………………………………………………………………………………..
* Téléphone/GSM :  
  ………………………………………………………………………………………..
* Adresse :  
  ………………………………………………………………………………………..
* dans son intégralité
* des seuls éléments suivants :
* hospitalisation : service :

date :

* consultation : service :

date :

*Motif de la demande :*

Je m’engage à informer le patient de la possibilité que la Clinique lui facture, conformément aux dispositions légales applicables, les frais relatifs à l’obtention de son dossier.

Date et signature :

*Ce formulaire 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*](mailto:mdegreef@clstjean.be)*)*