



CH Glorieux
ZVB | SOINS INTÉGRÉS | PAYS DES COLLINES

Demande de copie des données d'un dossier de patient

IDENTITÉ DU PATIENT

Joindre une copie de la carte d'identité - n'hésitez pas à demander à l'accueil de faire une copie

- nom et prénom :
- adresse :
-
- numéro de téléphone :
- date de naissance :
- je souhaite :
- o un envoi par la poste
 - o venir retirer personnellement les données
-

LE DEMANDEUR

- est le patient
- n'est PAS le patient (*remplir les données du demandeur ci-dessous*)

- nom et prénom :
- adresse :
-
- numéro de téléphone :
- lien avec le patient :

- parents ou tuteurs du patient :
- personne de confiance autorisée* (voir verso.)
- autre :

*** Si vous êtes une personne de confiance autorisée, vous ne pourrez obtenir une copie du dossier du patient qu'en contactant le service de médiation.**

AUTORISATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Par la présente, le patient soussigné..... (nom)
autorise l'AZ Glorieux à fournir les informations de son dossier de patient mentionnées ci-
dessus à (nom de la personne de
confiance).

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Date :

DONNÉES SOUHAITÉES

* **Hospitalisation** dans le service Période/dates :

.....

votre dossier médical

codes d'accès permettant de consulter vos imageries médicales (par ex. : scans, photos, MRI...) en ligne.

* **Consultation** dans le service Période/dates :

.....

votre dossier médical par rapport à cette consultation

codes d'accès permettant de consulter vos imageries médicales (par ex. : scans, photos, MRI...) en ligne.

* **Dossier médical complet** à partir de (année)

MOTIVATION OU RAISON DE LA DEMANDE (*facultatif*)

.....

.....

.....

Le soussigné accepte la procédure et les dispositions mentionnées ci-après.

Signature du patient/de la personne de confiance/du représentant :

.....

Date :