

DEMANDE DE COPIE DE DOSSIER MÉDICAL D'UN ENFANT MINEUR

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient modifiée par la loi du 6 février 2024 L'exercice des droits du patient, y compris l'accès au dossier médical, appartient aux personnes qui exercent l'autorité parentale sur l'enfant mineur ou mineure (parents, tuteurs, accueillants familiaux). Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé autant que possible à l'exercice de ses droits. Toutefois, le mineur peut exercer en totalité ou en partie ses droits de manière autonome si le ou la professionnel(le) des soins de santé estime qu'il est capable d'apprécier raisonnablement ses intérêts.

À sa demande, le patient ou les personnes qui exercent l'autorité parentale ont le droit de recevoir des explications sur le contenu du dossier le concernant. Ces explications sont fournies par le ou la professionnel(le) des soins de santé.

La première copie du dossier de patient est fournie gratuitement. Les copies suivantes sont payantes à raison de 0,1 centimes par page avec un maximum de 25 euros.

Coordonnées du (de la) patient(e)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Numéro de téléphone :

Adresse :

Code postal : Localité :

Coordonnées de la personne demandeuse exerçant l'autorité parentale

Nom : Prénom :

Date de naissance : Numéro de téléphone :

Adresse :

Code postal : Localité :



Je souhaite obtenir une copie des documents concernant :

- La ou les période(s) d'hospitalisation suivante(s) :
- Les consultations suivantes :
- Un passage au service des urgences :
- Autres :
- Nom du médecin et/ou de la spécialité médicale (service) :

Je souhaite que les documents :

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soient envoyés à l'adresse de domicile légal (voir cadre ci-dessus) | <input type="checkbox"/> Soient envoyés à mon médecin à l'adresse suivante : |
| <input type="checkbox"/> Soient envoyés par mail à l'adresse mail suivante :@..... | Nom : Dr |
|@..... | Rue : |
| | N° : Bte..... |
| | Code postal : |
| | Localité : |

Date et signature du demandeur :

Une copie recto/verso des cartes d'identité du patient et du demandeur doit être jointe à ce document.

Ce document doit être envoyé dûment rempli et signé, après un contact téléphonique avec la Direction générale médicale au +32 (0)2 555 32 14 :

Soit par courrier : Hôpital Erasme - Route de Lennik 808 - 1070 Anderlecht

Soit par mail : medecin-chef.erasme@hubruelles.be