

DEMANDE DE COPIE DE DOSSIER MÉDICAL D'UN(E) PATIENT(E) AIDÉ(E) D'UN TIERS

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient modifiée par la loi du 6 février 2024

Les patient(e)s peuvent être assisté(e)s, soutenu(e)s, par une ou plusieurs personne(s) de confiance dans l'exercice de leurs droits de patient. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un ami ou d'une connaissance ou de toute autre personne désignée par le patient pour l'assister. Cette possibilité s'applique au droit d'obtenir une copie du dossier de patient.

À sa demande, le patient ou sa personne de confiance peuvent obtenir une copie de son dossier médical. Ils ont également 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. Le ou la professionnel(le) des soins de santé ne délivre pas de copie s'il dispose d'éléments indiquant que le demandeur subit des pressions afin de la communiquer à des tiers (employeur, compagnie d'assurance).

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 patient ou de la patiente

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de téléphone :
Adresse :
Code postal : Localité :

Coordonnées de la personne de confiance

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de téléphone :
Adresse :
Code postal : Localité :
Numéro de la carte d'identité :
Lien avec le patient :
☐ Époux ou cohabitant légal
☐ Frère / Sœur
☐ Fils / Fille
☐ Père / Mère
☐ Autre : précisez

**DATE ET SIGNATURE
DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :**

Procuration du ou de la patient(e) à sa personne de confiance :

Je soussigné(e) (Nom/Prénom)
Né(e) le
domicilié(e)
autorise (Nom/Prénom)
domicilié(e)

à demander une copie des documents :

- ☐ Liés aux/ à la période(s) d'hospitalisation suivante(s) :
.....
☐ Concernant les consultations suivantes :
.....
☐ Concernant un passage au service des urgences :
.....
☐ Autre (précisez) :
.....

Je suis conscient des implications de ma démarche.

**DATE, MENTION « LU ET APPROUVE »
+ SIGNATURE DU PATIENT :**

Je souhaite que les documents :

- | | |
|--|---|
| ☐ Soient envoyés à l'adresse de domicile légal
(voir cadre ci-dessus) | ☐ Soient envoyés à mon médecin à l'adresse
suivante : |
| ☐ Soient envoyés par mail à l'adresse mail
suivante :@.....
.....@..... | Nom : Dr
Rue :
N° : Bte.....
Code postal :
Localité : |

Des copies recto/verso des cartes d'identité de la personne de confiance et du patient doivent être jointes 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