



Direction Médicale
Cellule Dossiers Médicaux

Tél.: 087/21.22.51
Fax: 087/21.26.76
E-mail : dossiersmedicaux@chrverviers.be

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE
COPIE DE DOSSIER MEDICAL**

DOCUMENT A RENVoyer AU
CHR Verviers
Cellule Dossiers Médicaux
Rue du Parc 29
4800 VERVIERS

Le délai légal d'obtention du dossier médical est de 15 jours dès réception écrite du présent document.

Coordonnées du patient – une copie de la carte d'identité (recto-verso) est à joindre à ce document

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Tél. et/ou GSM

Coordonnées du demandeur (si différentes du patient)

Nom : Prénom :
Qualité : Représentant légal (père, mère, tuteur) : **copie de la carte d'identité recto-verso à joindre**
 Mandataire } Document de désignation à fournir (v. annexe)
 Personne de confiance }

Je souhaite obtenir copie de ce dossier médical pour les raisons suivantes :

suivi médical ou autre avis médecin-conseil assurance expertise
 changement médecin traitant médecin-conseil mutuelle
 autre :

Veillez m'envoyer la partie du dossier suivante:

Hospitalisation(s) (date à préciser)
.....
.....

Consultation(s) (date à préciser)
.....
.....

Examens (dates à préciser)
.....
.....

A l'adresse :
.....
.....

Je prends bonne note que cette copie du dossier médical est strictement personnelle et confidentielle.

J'ai consulté le Réseau de Santé Wallon (<https://www.reseausantewallon.be>) et les documents demandés ne s'y trouvent pas.

Je marque mon accord pour payer les frais éventuels de copie de mon dossier médical et/ou d'imagerie médicale. Ceux-ci seront calculés conformément à l'AR du 02/02/2007 et aux dispositions du RGPD. Le montant total sera plafonné à 25-€ maximum.

La facture sera envoyée à l'adresse suivante (si différente de l'adresse d'envoi du dossier médical)
.....
.....

Fait à le

(Nom, prénom et signature précédés de la mention « Lu et approuvé »)