

# DOCUMENT D'APPLICATION RELATIF À LA DEMANDE COPIE DOSSIER PATIENT



**Note :** tous les résultats et rapports d'examens et de consultations ayant eu lieu au MCH ont été envoyés à votre médecin de famille. De ce fait, nous vous invitons en première instance à contacter celui-ci pour toute question concernant vos soins délivrés par le MCH.

## Identification du patient

Nom et prénom du patient: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_

---

## Identification du demandeur

Le demandeur est

Le patient lui-même

Personne autre que le patient (personne de confiance)

Nom et prénom de la personne de confiance: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_

Relation avec le patient:  Parent ou tuteur

Personne de confiance agréée par le patient (\*)



### Données demandées

Les données demandées concernent:

- Le dossier complet
- Résultats de la consultation chez le Dr. \_\_\_\_\_ Période \_\_\_\_\_
- Résultats labo
- Imagerie/ protocole radiologie chez le Dr. \_\_\_\_\_ Période \_\_\_\_\_
- Dossier de la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- Autre \_\_\_\_\_

### Mode de transmissions des données

Les données demandées seront transmises de la façon suivante :

- Reprises par le patient ou la personne de confiance
- Envoyées au médecin traitant:

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Le(la) soussigné(e) confirme que cette demande est correcte et approuve la procédure et les conditions stipulées au verso de ce formulaire.

Signature de patient ou de la personne de confiance

Date

\_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_;

(\* ) Mandat pour une personne de confiance désignée par le patient

Par la présente le patient \_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_, autorise le MCH à remettre les informations relatives à son dossier médical à la personne de confiance désignée ci-dessus.

Signature du patient

Date

\_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_



# Procédure de traitement de votre demande

## Qui peut introduire une demande?

- Le patient
- Une personne désignée par le patient
- Un parent ou tuteur du patient mineur ou majeur faisant partie de la catégorie des patients avec un statut de minorité prolongée ou en incapacité de déclaration.

---

## Importance pour le traitement de la demande

La demande peut être introduite grâce au formulaire de demande préalablement complété (voir modèle).

Un document rédigé à la main ou un mail sont également valables.

La demande doit être accompagnée d'une:

- demande par le patient lui-même: une copie de sa carte d'identité,
- demande par procuration: une copie de la carte d'identité du patient et une copie de la carte d'identité de la personne désignée par le patient,
- demande d'un parent ou tuteur: une copie de la carte ID-kids ou de la carte d'identité.

Les demandes peuvent être envoyées à MCH, direction médicale, Maria-Theresiastraat 63A, 3000 Leuven ou par e-mail [ombudsdienst@mchinfo.be](mailto:ombudsdienst@mchinfo.be).

---

## Comment votre demande sera-t-elle traitée van het verzoek

Votre demande est transmise au directeur médical qui la transmet à son tour au service compétent.

Dès que le dossier est prêt à la reprise, vous en serez informé. Les documents demandés seront,

- soit repris à la réception. Le patient ou la personne de confiance en sera avisé. Il sera demandé au reprenneur une signature pour réception des documents ainsi que sa carte d'identité,
- soit envoyé par courrier au médecin traitant.

Par votre signature pour le reprise ou l'envoi de votre dossier vous confirmez votre accord de payer les frais administratifs s'élevant à 0,10€ la page et 10€ pour le CD-rom de l'imagerie avec un montant maximum n'excédant pas les 25€.