



**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 :
    - un envoi par la poste
    - 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 : .....