

Formulaire de demande

**Copie de document(s) ou de dossier
médical adressé au patient**

Identité du patient VEUILLEZ ECRIRE EN IMPRIME S.V.P.

Civilité : Mme Melle Mr

Nom (de jeune fille) : Prénom :

Date de naissance :


Adresse :

Code postal : Localité : Pays :

N° de téléphone : Gsm :

Adresse mail :

Agissant en tant que : Patient Représentant légal (père, mère, tuteur) Ayant droit

 N'oubliez pas de joindre à la demande, **une copie de votre pièce d'identité**, ou tout document attestant de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit.

Site concerné :

CHU Mont Godinne

A l'attention des archives
Av Dr G Thérasse, 1, 5530 Yvoir
Fax : 081/ 42.28.02
Mail : archives.g-chu@uclouvain.be

CHU Dinant

A l'attention des archives
Rue St Jacques, 501, 5500 Dinant
Mail : archives.d-chu@uclouvain.be

Facturation des copies de dossiers médicaux.

Conformément à l'Arrêté Royal du 2 février 2007, la reproduction des documents peut être facturée. (l'envoi du dossier à un médecin est gratuit).

| | |
|---|--|
| Page de texte reproduite sur papier. | 0.10 euros (tvac) par page si ≥ 25 pages |
| Par examen(s) reproduit sur CD. | 5 euros (tvac) le cd avec un maximum de 10 euros (tvac). |
| Le coût de la copie du dossier médical. | Ne peut dépasser 25 euros (tvac) CD compris. |

*Nous vous conseillons de cibler votre demande afin d'éviter les **frais maximum**.*

| | |
|-----------|--|
| Service : | <input type="checkbox"/> Période du.....au..... <input type="checkbox"/> Copie complète pour cette spécialité |
| Service : | <input type="checkbox"/> Période du.....au..... <input type="checkbox"/> Copie complète pour cette spécialité |
| Service : | <input type="checkbox"/> Période du.....au..... <input type="checkbox"/> Copie complète pour cette spécialité |
| | <input type="checkbox"/> Copie complète de votre dossier médical |

La copie de votre dossier vous sera envoyée avec la facture à l'adresse mentionnée ci-dessus, dans un délai maximum de 15 jours à compter de la date de réception de ce document dûment complété.

Date :

Signature :