

Formulaire de demande

Copie de document(s) ou de dossier médical
adressé à un **médecin ou à un organisme**

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.
- **Une copie de la demande du médecin ou de l'organisme demandeur**



En l'absence de ces documents, votre demande ne pourra être satisfaite

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

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

A envoyer :

Médecin traitant ou spécialiste :

Nom : Prénom : Spécialité :

Adresse complète :

Organisme : (Vierge noire, assurance, médecin conseil, ...)

Adresse complète :

La copie de votre dossier sera envoyée au médecin ou à l'organisme mentionné ci-dessus, dans un délai maximum de 15 jours à compter de la date de réception de ce document dûment complété.

Date :

Signature :