

Demande de consultation ou de copie d'informations médicales

Date de la demande

..... / /

Le patient :

Prénom :

Nom :

Date de Naissance : / /

Rue :

N° : Boîte :

Ville :

Code Postal :

Pays :

Tél :

E-mail :

Concerne : ☐ campus Bornem
☐ campus Willebroek
☐ campus Rumst

☐ demande une consultation☐ demande une copie

de la période d'hospitalisation du / / au / /

La demande inclut (cochez ce qui s'applique) :

☐ le dossier infirmier☐ le dossier médical☐ les conclusions des examens☐ les résultats de laboratoire☐ l'imagerie médicale☐ le certificat du médecin traitant (pour l'assurance)☐ le rapport des urgences☐

Veuillez joindre une copie de votre carte d'identité à cette demande.

Les archives médicales vous contacteront bientôt pour le traitement ultérieur de votre demande.

Signature du demandeur (patient ou représentant) :