

**Demande de copie de données extraites d'un dossier d'un patient**
**IDENTITÉ DU PATIENT (joindre une copie de la carte d'identité svp)**

- Nom et prénom .....
- Adresse .....
- Numéro de téléphone .....
- Date de naissance .....
- Je souhaite:
  - un envoi par la poste
  - venir retirer les données personnellement
  - par courrier électronique sécurisé

**LE DEMANDEUR**

- est le patient lui-même
- n'est PAS le patient (**compléter les données ci-dessous et joindre une copie de la carte d'identité**)
  - ⇒ Nom et prénom .....
  - ⇒ Adresse.....
  - ⇒ N° de téléphone .....
  - ⇒ Lien avec le patient
    - parent ou tuteur du patient
    - personne de confiance mandatée \*
    - autre: .....

**LES DONNÉES SOUHAITÉES**

- Hospitalisation** dans le service ..... Période/dates: .....
  - Données médicales
  - Codes d'accès pour voir l'imagerie médicale online
  - Résultats de laboratoire
- Consultation** dans le service ..... Période/dates: .....
  - Données médicales
  - Codes d'accès pour voir l'imagerie médicale online
  - Résultats de laboratoire
- Autre** .....

**MOTIVATION OU RAISON DE LA DEMANDE (facultatif)**

.....

.....

Le (la) soussigné(e) marque son accord sur la procédure et les dispositions figurant au verso de ce formulaire.

Signature du patient: ..... Date: .....

**\* PROCURATION POUR UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

Le (la) patient(e) soussigné(e) ..... (nom) autorise par la présente l'UZ Leuven à remettre à ..... (nom de la personne de confiance) les informations susmentionnées extraites de son dossier de patient.

Signature du patient: ..... Signature de la personne de confiance: ..... Date: .....

## EXPLICATIONS SUR LA PROCÉDURE DE DEMANDE DE COPIE

### **QUI PEUT DEMANDER UNE COPIE?**

- 1) Le patient lui-même
- 2) Une personne de confiance munie d'une procuration écrite signée par le patient
- 3) Les parents ou le tuteur d'un patient mineur ou d'un patient majeur qui relève du statut de la minorité prolongée ou de la déclaration d'incapacité
- 4) Un représentant du patient:
  - qui a été désigné au préalable par le patient pour exercer à sa place les droits du patient, si et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure de s'en charger lui-même, moyennant une preuve écrite
  - si le patient est dans l'impossibilité matérielle d'exercer lui-même ses droits de patient et si le patient n'a désigné aucun représentant ou si celui-ci ne se manifeste pas, les droits sont exercés par le conjoint cohabitant ou le partenaire cohabitant légal ou de fait
  - si cette personne ne souhaite pas le faire ou fait défaut, les droits sont exercés dans l'ordre décroissant par : un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur majeur(e) et à défaut, ou en cas de conflit entre les susnommés: par le prestataire de soins concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.
- Dans l'optique de la protection de la vie privée du patient, la consultation ou une copie (entière ou partielle) peut être refusée à un représentant du patient. Dans ce cas, ce droit peut être exercé par un praticien désigné par le représentant.

### **TRAITEMENT de votre demande**

- ⇒ Vous envoyez le formulaire complété et signé accompagné d'une copie de votre carte d'identité à l'adresse suivante: UZ Leuven, Dienst afschrift patiëntgegevens, Herestraat, 49, 3000 Leuven, ou vous l'envoyez par fax au 016/34.46.55 ou par e-mail: [amd@uzleuven.be](mailto:amd@uzleuven.be)
- ⇒ La loi relative aux droits du patient fixe à 15 jours (après réception de votre demande) le délai dans lequel il doit être donné suite à votre demande.