

FORMULAIRE DE DEMANDE : DROIT À LA CONSULTATION DU DOSSIER PATIENT / DROIT D'OBTENIR UNE COPIE DU DOSSIER PATIENT

Les annotations personnelles du praticien professionnel et les données concernant les tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit. Si le patient ou son représentant exerce son droit par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, ce dernier peut consulter les annotations personnelles ou en obtenir une copie.

Date : ____/____/____

Demande d'exécution du droit à la consultation du dossier patient / d'obtenir une copie du dossier patient (*) conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient et de la législation RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) du 25/05/2018.

Identification du patient :

Nom et prénom :

Date de naissance : /...../.....

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Demander :

0 patient

0 patient + personne de confiance qu'il a désignée (1) :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

0 personne de confiance désignée par le patient (1) :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

0 mandataire désigné (2) par le patient majeur pour le substituer pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Le mandataire désigné par le patient peut exercer les droits fixés par la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient et substitue le patient majeur pour autant et aussi longtemps que ce dernier n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même. Ce mandat peut être révoqué par le patient ou par le mandataire désigné par lui par le biais d'un écrit daté et signé.

0 parents ou tuteur ⁽³⁾ du patient mineur :

Nom et prénom :

Adresse :

..... Numéro de téléphone :

0 administrateur de la personne mandatée pour exercer les droits du patient ⁽⁴⁾ :

Nom et prénom :

Adresse :

..... Numéro de téléphone :

0 représentant informel ⁽⁵⁾ dans le cas où le patient majeur n'a pas désigné un mandataire / dans le cas où il n'y a pas d'administrateur de la personne mandatée pour exercer les droits du patient :

Nom et prénom :

Adresse :

..... Numéro de téléphone :

Parenté (en ordre subsidiaire)

0 l'époux cohabitant ou le partenaire cohabitant > 0 l'enfant majeur > 0 un parent > 0 une sœur ou un frère majeur

Motivation et spécification de la demande :

.....
.....
.....

L'exécution du demandeur : 0 personnellement par le demandeur (après rendez-vous) 0 par envoi recommandé 0 par mail sécurisé

Le soussigné marque son accord avec la procédure et les dispositions (notamment au niveau des coûts).

Le soussigné est au courant de la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient, de la législation RGPD du 25/05/2018, et du fait que cette demande sera ajoutée au dossier patient.

Signature du patient :

⁽¹⁾ Le cas échéant :
**Signature de la personne de confiance
désignée qui marque son consentement :**

⁽²⁾ Le cas échéant :
**Signature du mandataire désigné
qui marque son consentement :**

⁽³⁾ Le cas échéant :
**Signature des parents ou du
tuteur :**

⁽⁴⁾ Le cas échéant : **Signature
de l'administrateur de la
personne mandatée pour
exercer les droits du patient :**

⁽⁵⁾ Le cas échéant :
**Signature du
représentant
informel :**