

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM PRÉNOM

Date de naissance : ____/____/____ Email : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Pays : _____ Téléphone : _____



- Les emails ne servent qu'à l'échange d'informations relatives à la demande, pas au transfert d'une copie de dossier.
- Si le patient est décédé et ne s'y est pas opposé, seul(e) l'époux(se), le cohabitant légal ou de fait ainsi que les parents jusqu'au 2ème degré inclus peut demander un droit de consultation indirecte moyennant une demande justifiée et motivée. Cette consultation ne pourra se faire que via un médecin.

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

(à remplir uniquement si différent du patient : personne de confiance, parent, tuteur, représentant légal, avocat, médecin...)

NOM PRÉNOM

Date de naissance : ____/____/____ Email : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Pays : _____ Téléphone : _____



Le demandeur devra joindre à la présente demande une preuve écrite de son droit à demander une copie du dossier du patient (procuration signée par celui-ci, jugement de mise sous tutelle...)

IDENTITÉ DU DESTINATAIRE

(à remplir uniquement si différent du patient et/ou du demandeur)

NOM PRÉNOM

Date de naissance : ____/____/____ Email : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Pays : _____ Téléphone : _____

SUPPORT DE LA COPIE

- Clé USB envoyée par recommandé au domicile renseigné
- Clé USB à venir retirer au secrétariat de la Direction médicale du site



La visualisation correcte et complète d'une copie sur support informatique nécessite dans le chef du destinataire de disposer d'un navigateur Internet à jour.

SITE(S) DE VIVALIA CONCERNÉ(S) - Plusieurs cases peuvent être cochées

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hôpital Vivalia d' Arlon (CSL) | <input type="checkbox"/> Hôpital Vivalia de Libramont (CHCA) |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Vivalia de Bertrix (CUP) | <input type="checkbox"/> Hôpital Vivalia de Marche |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Vivalia de Bastogne (CHCA àpd 01/07/2021) | <input type="checkbox"/> Hôpital Vivalia de Virton |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Vivalia de Bastogne (IFAC avant le 01/07/2021) | |

DOCUMENTS DEMANDÉS

Copie complète du dossier

Copie partielle Période : du ____/____/____ au ____/____/____

Spécialité(s) :

.....

.....

↪ Au-delà de trois spécialités, l'envoi se fait par défaut en copie complète.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Courriers de consultation / hospitalisation | <input type="checkbox"/> Résultats de biologies |
| <input type="checkbox"/> Clichés d'imageries médicales | <input type="checkbox"/> Dossier infirmier |
| <input type="checkbox"/> Protocoles d'imageries médicales
(radiographies, IRM, échographies...) | <input type="checkbox"/> Prescriptions pharmaceutiques |
| | <input type="checkbox"/> Autres : |

Le dossier sera envoyé dans un délai de **2 semaines** à partir de la réception de la demande. Si une urgence motivée requiert un envoi plus rapide, il est demandé de le stipuler par mail.

La **présente demande**, la **copie de la pièce d'identité** du demandeur (et éventuellement la procuration signée par le patient, accompagnée dans ce cas d'une copie de la carte d'identité du patient lui-même) sont à envoyer aux adresses courriel suivantes avec l'objet « **Demande copie dossier - Nom du patient** » ou à déposer à l'accueil de l'hôpital concerné :

- Direction médicale Vivalia - **Arlon** : directionmedicale.cs@vivalia.be
- Direction médicale Vivalia - **Bertrix** : dmc@vivalia.be
- Direction médicale Vivalia - **Bastogne/Libramont** : demandedossier.chca@vivalia.be
- Direction médicale Vivalia - **Marche** : secretariat.direction.medicale.marche@vivalia.be

! Veuillez à vérifier que toutes les copies de documents que vous nous transmettez (scan, photographie ou photocopie) sont parfaitement lisibles.

ZONE RESERVÉE AUX AGENTS EN CHARGE DE LA DEMANDE

- Agent ayant procédé à la copie du dossier :
- Agent ayant procédé à l'envoi de la copie :
- Date d'envoi :/...../.....

Date :

Signature du demandeur :