

Huy, le

**Le Département Médico-
Economique**



Département Médico-Economique

A votre service :

Direction :

Pierre FONTAINE

Tél.: 085/84.82.30

Fax : 085/84.82.36

✉ pierre.fontaine@chh.be

Resp. Service d'Information

Médicale

Muriel FRESON

Tél.: 085/84.82.40

✉ muriel.freson@chh.be

Resp. Service Financier

Cédric BOVY

Tél.: 085/27.20.21

✉ cedric.bovy@chh.be

Resp. Service Gestion

Fanny GRAVET

Tél.: 085/27.20.28

✉ fanny.gravet@chh.be

Formulaire de demande de dossier médical

Conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, vous avez la possibilité de disposer de votre dossier médical, à votre usage ou à celui d'un médecin, sous certaines conditions. Le dossier vous sera délivré endéans les 15 jours à dater de la réception de votre demande écrite.

Nous nous permettons d'insister sur le fait que le CHR de Huy envoie automatiquement, lors de chacune de vos visites, les principaux éléments de votre dossier médical à votre médecin traitant. En tant que détenteur de votre dossier global, il est souvent l'interlocuteur le plus adéquat pour ce type de demande.

De plus, les frais liés à l'ensemble des opérations visant à l'envoi d'un dossier sur demande du patient occasionnent une participation financière qui vous est facturée selon les modalités reprises dans l'Arrêté Royal du 2 février 2007 qui fixe le montant maximal par page copiée pouvant être demandé au patient dans le cadre de l'exercice du droit d'obtenir une copie du dossier patient le concernant.

Il en ressort que pour chaque page de dossier reproduite sur support papier, il vous sera demandé un montant de 0,10 euro avec un maximum de 25 euros.

Nous vous encourageons dès lors à définir le plus précisément possible les éléments dont vous avez besoin.

Afin de vous servir au mieux, et d'enregistrer le plus correctement votre demande, nous vous demandons de remplir le formulaire ci-joint, et de nous le communiquer soit par fax au 085/84.82.36, soit par courrier (Dr Fonzé, Centre Hospitalier Régional de Huy, Direction Médicale, rue des Trois Ponts 2, 4500 Huy), soit en le remettant directement au département d'information médicale.

En restant à votre disposition pour toute information complémentaire, nous vous prions de croire en l'assurance de notre considération distinguée.

Muriel FRESON

Responsable du Service
d'Information Médicale

Je soussigné

NOM

PRENOM

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Date de naissance :

Domicilié à l'adresse suivante :

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

Numéro de téléphone :

Désire obtenir copie de mon dossier médical.

Je désire plus précisément les documents relatifs à :

Ma dernière hospitalisation datant de

Plusieurs hospitalisations (précisez au mieux les hospitalisations ou les spécialités médicales concernées)

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

Mes consultations en ambulatoire (précisez au mieux les consultations ou les spécialités médicales concernées)

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

Autres :

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

Ces documents doivent être envoyés à :

Moi-même (cfr. adresse supra)

Mon médecin traitant (nom, adresse) :

.....
.....

.....
.....

Un autre médecin (nom, adresse):

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

Autre :

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

Je m'engage à m'acquitter des frais relatifs à l'obtention de mon dossier, soit 0,10 € par page.

Date et signature :

...../...../.....

Volet réservé au Département d'Information Médicale

Document envoyé : Oui Date de l'envoi :
Nombre de pages :
Remarques :
Non Raison :