

Centre Hospitalier de Mouscron asbl
À l'attention du Directeur Médical
direction.medicale@chmouscron.be

Madame N. Dekimpe
Secrétariat médical
Avenue de Fécamp 49
7700 Mouscron

DEMANDE D'OBTENTION DE COPIE DU DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU PATIENT :

Nom - Prénom du demandeur :

Adresse :

N° de Tél : Date de naissance :/..../.....

Numéro national :

COPIE DES INFORMATIONS MEDICALES :

Copie de mon dossier médical complet

Copie de mon dossier suite à la consultation et/ou l'hospitalisation du

.....

Motif :

.....

.....

.....

Je marque mon accord pour que la présente soit jointe à mon dossier médical et pour que les frais afin d'obtenir copie du dossier médical me soient facturés, au tarif en vigueur tel que prévu par l'Arrêté Royal du 02/02/2007.

Le secrétariat médical vous contactera dans les 15 jours qui suivent cette demande pour venir récupérer la copie au bureau de facturation du CHM, Route 003.

Fait à le

Signature du demandeur :

C7127