

Déclaration écrite du droit de CONSULTATION/COPIE du DOSSIER DU PATIENT après le décès d'un patient mineur.

Les données concernant des tiers ne peuvent être consultées ou copiées.

Date : ____ / ____ / _____

Demande du droit de consultation / copie (*) du dossier de patient en exécution et selon les modalités de l'art. 9 (§2/§3/§4/1) de la loi relative aux droits du patient du 20 août 2022 (modifiée par la loi du 6 février 2024) et de la législation GDPR du 25 mai 2018.

Identité du patient :

Nom et prénom : Date de naissance :/...../.....

Date de décès :/...../.....

Demandeur :

O parent(s)/ tuteur/
parent(s) d'accueil (*): Nom et prénom :

Adresse :

..... Numéro de téléphone :

O représentant désigné vivant :

Nom et prénom :

Adresse :

..... Numéro de téléphone :

O parent(s) par le sang au deuxième degré :

Nom et adresse :

Adresse :

..... Numéro de téléphone :

Justification et spécification de la demande :

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

Mettre le dossier à la disposition du demandeur : 0 par mail sécurisé à :.....
0 par courrier recommandé (CD-rom) 0 en mains propres (sur rendez-vous – CD-rom)

Le soussigné accepte la procédure et les dispositions décrites.
Le soussigné a pris connaissance de la loi relative aux droits du patient du 20 août 2022 (modifiée par la loi du 6 février 2024) et de la législation GDPR du 25 mai 2018, ainsi que du fait que cette demande sera ajoutée au dossier médical du patient.

Signature
parent(s) / tuteur / parent(s) d'accueil

Signature
représentant désigné

Signature
parent(s) par le sang au deuxième degré