CHdN
CENTRE HOSPITALIER DU NORD

DEMANDE D'ECHANGE DE DOCUMENTS VIA REGIBOX

DONNEES IDENTIFICATION

Nom :

Prénom :

Code prestataire (Numéro de code de prestaire de soins de santé (de la part de la CNS)) :

No de téléphone :

Adresse email :

(adresse utilisée pour créer votre compte regify)

Demande:

☐ Je suis déjà abonné au service Regibox pour le transfert des résultats de laboratoire et/ou imagerie et je souhaite également souscrire pour le transfert du résumé clinique de sortie.

☐ Je souhaite souscrire au service Regibox pour le transfert des résultats de laboratoire

☐ Je souhaite souscrire au service Regibox pour le transfert des rapports d'imagerie.

Options supplémentaires pour les "Médecins agrées CHdN"

☐ Je souhaite souscrire au service Regibox pour le transfert de mes résumés cliniques de sortie.

☐ Je souhaite souscrire au service Regibox pour le transfert de mes comptes rendus opératoires.

Date :

Signature:

A ENVOYER PAR MAIL AU Single Point of Contact PSI du CHdN: servicedesk@chdn.lu