

## Formulaire de demande DOSSIER PATIENT

Vous avez la possibilité de remplir ce formulaire online.  
Veuillez l'imprimer et le retourner **dûment rempli et signé** avec annexe(s) demandée(s)  
au CHdN par email (sec.direction@chdn.lu) ou par courrier.

### 1. Patient concerné

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél. et / ou adresse email : \_\_\_\_\_  
 Matricule national  
 (ou à défaut date de naissance) : \_\_\_\_\_  
 Médecin CHdN (Centre Hospitalier du Nord) : \_\_\_\_\_

### 2. Demandeur du dossier

- Patient lui-même<sup>1</sup>
- Entourage du patient (sur mandat écrit du patient)<sup>2</sup>
- Père/Mère<sup>3</sup>                       Fils/Fille                       Epoux/Epouse
- Conjoint/Conjointe                       Représentant légal                       Autre \_\_\_\_\_
- Personne de confiance (cf. Art. 12 (4) de la loi du 24 juillet 2014 sur les droit et devoirs du patient)<sup>2</sup>
- Service national d'information et de médiation santé dans le cadre de sa mission de prévention, d'information et de conseil (sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente)  
(cf. Art. 12 à 14 de la loi du 24 juillet 2014 sur les droits et devoirs du patient)<sup>2</sup>
- Directeur de la Santé ou fonctionnaire de sa direction délégué par lui dans l'exercice de sa mission d'instruction dans le cadre d'une plainte
- Patiente Vertriebung (sur mandat écrit du patient)<sup>2</sup>

### Coordonnées du demandeur (à remplir si le demandeur n'est pas le patient concerné)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

Veuillez préciser **impérativement la période concernée** (pour laquelle le dossier est souhaité) :

Motif de la demande : \_\_\_\_\_

Demandé le (date) : \_\_\_\_\_

Signature patient concerné/du demandeur : \_\_\_\_\_

### ! Documents à joindre à ce formulaire !

<p><b><sup>1</sup>Si le patient est le demandeur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• photocopie carte d'identité</li> </ul>	<p><b><sup>2</sup>Si le demandeur est une autre personne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• photocopie carte d'identité du demandeur</li> <li>• photocopie carte d'identité du patient</li> <li>• mandat écrit du patient ou attestation du représentant légal</li> </ul>
<p><b><sup>3</sup>Demande d'un dossier d'un enfant mineur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• signature du formulaire par les 2 parents</li> <li>• Photocopie des cartes d'identité des 2 parents</li> </ul>	<p><b>Demande d'un dossier d'un patient décédé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• photocopie carte d'identité du demandeur</li> <li>• preuve de lien de parenté ou autre document conforme à l'Art. 19 de la loi du 24 juillet 2014 sur les droits et devoirs du patient</li> <li>• certificat de décès si le patient n'est pas décédé au CHdN</li> </ul>

Le dossier vous sera envoyé par courrier recommandé, avec avis de réception au domicile privé indiqué ou remis en mains propres (sur rendez-vous) dans un délai maximal de 15 jours ouvrables à compter de la réception de la demande, conformément à l'art. 16 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. La copie de la carte d'identité sera détruite après le traitement de la demande.