

**DOSSIER MEDICAL :
Demande(s) extérieure(s)**

Date de la demande :

Demandeur : Patient(e) Médecin Autre :

Nom – prénom du patient :

Numéro national :

Adresse :

.....

N° de tél. : **Date de naissance :**/...../.....

Médecin demandeur :

Adresse :

..... **N° de tél. :**

Justification de la demande :

.....

Autorisation du patient :

Date(s) des soins :

.....

.....

Imagerie médicale : Oui Non

Remarques :

.....

Formulaire à envoyer à :

Direction Médicale CHU de Liège
Domaine universitaire du Sart Tilman
- B35 4000 Liège
archives.medicales@chuliege.be

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans le dossier informatisé du patient au CHU de Liège, dans le cadre du traitement des demandes d'extrait des dossiers médicaux.

Elles sont destinées aux médecins, aux services administratifs (secrétaires), à la Direction Médicale et au service des Archives médicales. Le délai de conservation respecte les délais imposés par la loi et les dispositions réglementaires.

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le délégué à la protection des données par courriel à l'adresse suivante : dpo@chuliege.be.