



## Formulaire de demande de résultats d'imagerie médicale

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 ou par courrier.

**A envoyer par courrier au :**

CHdN  
B.p. 103  
L-9002 Ettelbruck

**A envoyer par Mail au :**

[sec.dirgen@chdn.lu](mailto:sec.dirgen@chdn.lu)

J'autorise l'envoi du lien sur mon adresse mail renseignée:    Oui            Non

### 1. Patient concerné

Nom et prénom :

Adresse + localité :

Numéro GSM :

Adresse email :

Matricule national  
(ou à défaut date de naissance) :

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

Nom et prénom :

Adresse + localité :

Numéro GSM :

Adresse email :

Date(s) Examen(s) et/ou Examen(s)  
concernées :

Motif de la demande :

Demandé le (date) :

**Signature** patient concerné/du demandeur :

### **! Documents à joindre à ce formulaire !**

#### **<sup>1</sup> Si le patient est le demandeur :**

- photocopie carte d'identité

#### **<sup>2</sup> Si le demandeur est une autre personne**

- photocopie carte d'identité du demandeur
- mandat écrit du patient ou attestation du représentant légal

#### **Demande des images d'un patient décédé**

- photocopie carte d'identité du demandeur
- 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
- certificat de décès si le patient n'est pas décédé au CHdN