



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 :

demandes.resultats@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 !

1 Si le patient est le demandeur :

- photocopie carte d'identité

2 Si le demandeur est une autre personne

- photocopie carte d'identité du demandeur
- photocopie carte d'identité du patient
- 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