

A envoyer par Mail à : demande@chdn.lu

1. Patient concerné

Nom et prénom :

Matricule national (ou à défaut date de naissance) :

Numéro GSM :

Adresse email :

2. Coordonnées du demandeur (à remplir **uniquement** si le demandeur n'est pas le patient concerné, numéro GSM obligatoire)

Nom et prénom :

Numéro GSM :

Adresse email :

3. Coordonnées du médecin qui souhaite recevoir les images (pas besoin de numéro GSM dans ce cas)

Nom et prénom :

Lieu de travail (hôpital ou cabinet privé) :

Adresse email du médecin :

(email **pas** nécessaire en cas d'envoi des images vers un autre hôpital luxembourgeois)

4. Examen(s) souhaité(s)

Date de l'examen :

Nom de l'examen :

5. Autorisation et signature

En signant ce formulaire, j'autorise l'envoi du lien sur la/les adresse(s) mail(s) renseignée(s).

Date de la demande :

Signature du patient concerné/du demandeur :

! Documents à joindre à ce formulaire !

Si le patient est le demandeur

- photocopie carte d'identité du patient

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
- preuve du lien de parenté si patient mineur

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