

**A envoyer par Mail à :** [demande@chdn.lu](mailto: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