



Jette,

OBJET : Autorisation de récupération des données médicales



Après consultation du patient M/Mme, il a
été décidé que Monsieur/Madame,
né(e) le et résidant à
.....

se présentera pour récupérer les documents/données médicales demandés par le(s)
patient(s) à l'UZ Brussel au à la date
du et que le soussigné déclare par la présente qu'il
traitera les documents/états reçus comme strictement personnels et confidentiels.

Signer ci-dessous pour réception et confirmation de ce qui précède: