

## FORMULAIRE DE DEMANDE

### Accès au dossier patient ou copie du dossier patient

#### Coordonnées

Nom et prénom du demandeur :

Nom et prénom du patient concerné (si cette personne n'est pas le demandeur)

Profil du demandeur :  Patient  Représentant légal  Personne de confiance

Autre (à spécifier)

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

#### Droits exercés

Je souhaite obtenir une copie de l'intégralité de mon dossier patient

Je souhaite obtenir une copie d'éléments suivants de mon dossier patient (à spécifier) :

#### Moyens de communication

Je souhaite recevoir la réponse :

En mains propres

Par courrier à l'adresse susmentionnée

#### Pièce à joindre

La demande doit être accompagnée d'une copie d'une pièce d'identité valide du patient et le cas échéant du demandeur. Cette copie sera détruite par le Rehazenter à la fin du traitement de la demande en question.

#### Adresse de la demande

Le formulaire complété, daté et signé, accompagné de la copie de la carte d'identité, est à adresser à :

Par courrier à : Secrétariat Médical

Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de  
Réadaptation

1, Rue André Vésale

L-2674 Luxembourg

Par email à :

secretariatmedical@rehazenter.lu

Les données personnelles recueillies dans ce formulaire sont traitées par le Rehazenter en sa qualité de responsable du traitement, afin de répondre à votre demande, sur le fondement de ses obligations légales et réglementaires. Si vous estimez que vos droits d'accès ne sont pas respectés ou qu'il y a d'autres raisons de se plaindre pour des faits relatifs à la protection de vos données personnelles, vous pouvez vous adresser au DPO du Rehazenter à [dpo@rehazenter.lu](mailto:dpo@rehazenter.lu), et/ou introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale pour la Protection des Données.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du demandeur

Pour une meilleure expérience utilisateur, veuillez sauvegarder le formulaire sur votre ordinateur, avant de le compléter et de l'envoyer.

Si vous n'avez pas Acrobat Reader, vous pouvez imprimer, compléter et envoyer le formulaire par email email au [secretariat.medical@rehazenter.lu](mailto:secretariat.medical@rehazenter.lu).