

Je soussigné,

1/Personne concernée (patient)

Numéro National	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom (majuscule)	<input type="text"/>		
Prénoms	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		

2/Responsable légal (ne pas remplir si le demandeur est le patient)

Numéro National	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom (majuscule)	<input type="text"/>		
Prénoms	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		

3/ Document concerné (si plusieurs documents sont concernés, merci de remplir une demande par document)

Date

Auteur du document (Nom, prénom, numéro INAMI)

Site émetteur (hôpital, laboratoire,...)

Brève description (radio, résultats labo, rapport, sumehr, etc.)

- demande à (interdire/autoriser) l'accès de ce document aux professionnels des soins de santé ci-dessous (page suivante) via le Réseau Santé Wallon, pour autant qu'ils soient actuellement inscrits au Réseau Santé Wallon.

Je comprends qu'un document interdit pour une liste fermée de professionnels des soins de santé ne l'est dès lors pas pour les autres professionnels non cités. De même, un document dont l'accès est autorisé à une liste fermée de professionnels des soins de santé devient automatiquement interdit via le Réseau Santé Wallon aux autres professionnels.

Je comprends que l'accès aux documents via le Réseau Santé Wallon ne peut être interdit ou restreint que pour des professionnels des soins de santé inscrits au Réseau Santé Wallon au moment où cette demande est traitée.

Signer cette première page ici :

Ensuite, poursuivez sur la seconde page.

4/ Professionnels des soins de santé

Professionnel 1 : Nom + Prénom + Numéro INAMI (ou cachet)

- Médecin
- Kinésithérapeute
- Sage-femme
- Ambulance premier secours
- Aide-soignant
- Assistant en pharmacie
- Bandagiste
- Orthésiste/Prothésiste
- Technicien en imagerie médicale
- Transport non urgent de patients
- Technicien de laboratoire

- Dentiste
- Infirmier
- Audiologue
- Diététicien
- Logopède
- Podologue
- Audicien
- Ergothérapeute
- Orthoptiste
- Pharmacien

Professionnel 2 : Nom + Prénom + Numéro INAMI (ou cachet)

- Médecin
- Kinésithérapeute
- Sage-femme
- Ambulance premier secours
- Aide-soignant
- Assistant en pharmacie
- Bandagiste
- Orthésiste/Prothésiste
- Technicien en imagerie médicale
- Transport non urgent de patients
- Technicien de laboratoire

- Dentiste
- Infirmier
- Audiologue
- Diététicien
- Logopède
- Podologue
- Audicien
- Ergothérapeute
- Orthoptiste
- Pharmacien

Professionnel 3 : Nom + Prénom + Numéro INAMI (ou cachet)

- Médecin
- Kinésithérapeute
- Sage-femme
- Ambulance premier secours
- Aide-soignant
- Assistant en pharmacie
- Bandagiste
- Orthésiste/Prothésiste
- Technicien en imagerie médicale
- Transport non urgent de patients
- Technicien de laboratoire

- Dentiste
- Infirmier
- Audiologue
- Diététicien
- Logopède
- Podologue
- Audicien
- Ergothérapeute
- Orthoptiste
- Pharmacien

Ce formulaire est destiné au Gestionnaire Administratif de la FRATEM, et par la présente, je lui demande de restreindre les accès comme décrit ci-dessus.

Fait à _____ le _____
Signature

Document à envoyer à l'adresse suivante: FRATEM, Gestionnaire Administratif, Boulevard Zoé Drion n°1, B-6000 Charleroi