

**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"/>		

demande à supprimer l'accès à mes documents référencés sur le Réseau Santé Wallon aux professionnels des soins de santé ci-dessous.

**3/ Professionnels des soins de santé**

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin                          | <input type="checkbox"/> Dentiste       |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute                 | <input type="checkbox"/> Infirmier      |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme                       | <input type="checkbox"/> Audiologue     |
| <input type="checkbox"/> Ambulance premier secours        | <input type="checkbox"/> Diététicien    |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant                    | <input type="checkbox"/> Logopède       |
| <input type="checkbox"/> Assistant en pharmacie           | <input type="checkbox"/> Podologue      |
| <input type="checkbox"/> Bandagiste                       | <input type="checkbox"/> Audicien       |
| <input type="checkbox"/> Orthésiste/Prothésiste           | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Technicien en imagerie médicale  | <input type="checkbox"/> Orthoptiste    |
| <input type="checkbox"/> Transport non urgent de patients | <input type="checkbox"/> Pharmacien     |
| <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire        |   |
- Ambulatoire       Hospitalier

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin                          | <input type="checkbox"/> Dentiste       |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute                 | <input type="checkbox"/> Infirmier      |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme                       | <input type="checkbox"/> Audiologue     |
| <input type="checkbox"/> Ambulance premier secours        | <input type="checkbox"/> Diététicien    |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant                    | <input type="checkbox"/> Logopède       |
| <input type="checkbox"/> Assistant en pharmacie           | <input type="checkbox"/> Podologue      |
| <input type="checkbox"/> Bandagiste                       | <input type="checkbox"/> Audicien       |
| <input type="checkbox"/> Orthésiste/Prothésiste           | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Technicien en imagerie médicale  | <input type="checkbox"/> Orthoptiste    |
| <input type="checkbox"/> Transport non urgent de patients | <input type="checkbox"/> Pharmacien     |
| <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire        |   |

- Ambulatoire       Hospitalier

Ce formulaire est destiné au Gestionnaire Administratif de la FRATEM, et par la présente, je lui demande d'assurer les suppressions de liens thérapeutiques demandées.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_