

## F010 Formulaire de demande d'inscription d'un patient avec consentement libre et éclairé

(Si vous imprimez le document sans signature électronique, les champs que vous avez complétés n'apparaîtront pas lors de l'impression.)

Je soussigné,

### 1/ Personne concernée (patient)

Numéro National	Date de naissance	
Nom ( <i>majuscule</i> )	Prénoms	Sexe : F      M
Adresse		
E-mail		
GSM		

### 2/ Ne pas remplir si le demandeur est le patient:      Responsable légal      Personne de confiance

Numéro National	Date de naissance	
Nom ( <i>majuscule</i> )	Prénoms	Sexe : F      M
Adresse		
E-mail		

- Demande librement à inscrire la personne concernée au Réseau Santé Bruxellois afin de permettre aux professionnels de la santé impliqués dans les soins qui lui sont prodigués d'échanger des documents médicaux qui la concernent. Cette source d'informations médicales supplémentaires reste d'un accès facultatif pour les médecins et ne peut être considérée comme exhaustive. Le Réseau Santé Bruxellois est géré par Abrumet.
- Déclare accepter les modalités de ces communications dont j'ai été informé par la brochure explicative ainsi que le règlement vie privée que j'ai pu consulter sur le site [www.reseausantebruxellois.be](http://www.reseausantebruxellois.be). J'ai notamment été informé des possibilités de faire assister la personne concernée, faire représenter légalement la personne concernée, restreindre l'accès de certains documents médicaux aux seuls professionnels désignés par la personne concernée ou son représentant légal, obtenir la liste des professionnels de la santé ayant accédé aux documents médicaux de la personne concernée.
- Demande également à ce que mon médecin traitant indiqué ci-dessous soit autorisé à accéder aux documents référencés me concernant et ce pour autant qu'il soit inscrit au Réseau Santé Bruxellois. Je peux à tout moment ajouter et modifier les autorisations à partir de mon espace privé sur le site [www.reseausantebruxellois.be](http://www.reseausantebruxellois.be) ou via mon médecin.

### 3/ Médecin traitant (*ou cachet du médecin*) - Nom – Prénom – Numéro INAMI

Ce formulaire est destiné au gestionnaire administratif d'Abrumet, et par la présente, je lui demande d'assurer l'inscription indiquée.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

En cas de litige, la personne concernée ou son représentant légal peut s'adresser au médiateur du Réseau Santé Bruxellois ([mediateur@abrumet.be](mailto:mediateur@abrumet.be))