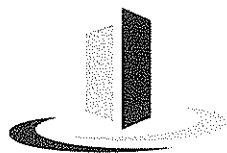


Esch-sur-Alzette  
Dudelange  
Nieder Korn



Téléphone: +352 5711-1  
info@chem.lu  
www.chem.lu

---

Adresse de correspondance:  
Boîte postale 436 L - 4005 Esch-sur-Alzette

CENTRE HOSPITALIER  
EMILE MAYRISCH

---

Siège social:  
Rue Emile Mayrisch L - 4240 Esch-sur-Alzette

# Procuration pour la remise du dossier patient

## Modèle-type

## **Notice explicative**

---

### ***Procuration pour la remise du dossier patient***

En vertu de l'article 36 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, l'hôpital doit constituer un dossier individuel pour chaque patient.

Ce dossier est conservé pendant 10 ans au moins à partir de la fin du traitement.

Le patient est en droit d'accéder à son dossier, soit en personne, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, faisant partie ou non du corps médical de l'hôpital.

Les informations contenues dans le dossier du patient sont couvertes par le secret professionnel, de sorte que l'objectif premier de l'hôpital est d'éviter que des tiers non autorisés puissent y avoir accès.

Pour cette raison, le CHEM n'admet une remise du dossier qu'entre les mains du patient ou du médecin de son choix.

Toutefois, afin d'éviter que le patient, hors d'état de se déplacer pour retirer personnellement son dossier, ne puisse exercer le droit qui lui est reconnu, le CHEM admet de façon exceptionnelle une remise du dossier sur présentation d'une procuration dûment remplie et des pièces suivantes :

- la carte d'identité du porteur de la procuration ;
- la carte d'identité et la carte de sécurité sociale du patient.

A défaut de ces pièces, l'hôpital ne peut procéder à une remise du dossier afin de ne pas contrevenir à ses obligations légales.

En guise de preuve de la remise du dossier, un certificat est également soumis pour signature au porteur de la procuration.

\* \* \*

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **PROCURATION**

Par la présente, je soussigné

*(Nom et prénom)* \_\_\_\_\_

donne procuration à

*(Nom et prénom)* \_\_\_\_\_

de retirer mon dossier patient auprès de la Direction du Centre Hospitalier  
Emile Mayrisch.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**signature**

