

**DOSSIER MEDICAL :  
Demande(s) extérieure(s)**

**Date de la demande :** .....

**Demandeur :**  Patient(e)  Médecin  Autre : .....

**Nom – prénom du patient :** .....

N° national : .....(joindre impérativement à cette demande une copie recto/verso de votre carte d'identité)

**Adresse :** .....

.....

**N° de tél. :** ..... **Date de naissance :** ...../...../.....

**Médecin demandeur :** .....

**Adresse :** .....

..... **N° de tél. :** .....

**Justification de la demande :** .....

.....

**Autorisation du patient :** .....

**Date(s) des soins :** .....

**Sites :**  Sart-Tilman  Brull  NDB  Esneux

**Service(s) (urg. – hosp. polici.) :** .....

**Document(s) demandé(s) :** .....

..... **Imagerie médicale :**  Oui  Non

**Remarques :** .....

.....

**Formulaire à envoyer à :**

Direction Médicale  
CHU de Liège

Domaine universitaire du Sart Tilman - B35  
4000 Liège