

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXPERTISE

Les examens d'expertise proposés par **Constats ASBL** concernent les demandeurs d'asiles ayant été victimes de torture et mauvais traitements dans leur pays d'origine et actuellement en cours de procédure – y compris recours - et ne concernent **pas** les demandes de régularisation pour raisons médicales, ces rapports-là devant être établis par les médecins généralistes et/ou spécialistes traitant le patient concerné.

* *Champs obligatoires*

Coordonnées de l'envoyeur :

Nom* : Prénom* :

Adresse :

Téléphone* : Fax :

Courriel* :

Lien avec la personne concernée* :

Coordonnées du demandeur :

Nom* : Prénom* :

Adresse* :

Téléphone* : Fax :

Courriel* :

Date de naissance* :/...../..... Lieu de naissance :

Sexe* : H / F Pays d'origine* :

Date d'arrivée en Belgique* :/...../.....

Coordonnées du tuteur (si demandeur MENA) :

Nom* : Prénom* :

Téléphone* : Fax :

Courriel* :



Langues :

Langues parlées par le demandeur* :

Connaissance du français* :

Souhaitez-vous un traducteur* :

Souhaitez-vous venir avec votre propre traducteur* :

Mutuelle :

Le patient est-il couvert par une mutuelle ?* Oui / Non

Si oui, collez ici une vignette de mutuelle

CPAS :

Le demandeur est-il aidé par un CPAS ?* Oui / Non

Si oui, lequel ?

N° de dossier social :

Assistant social référent* :

Téléphone* : **Fax :**

Courriel* :

Médecin traitant :

Nom* : **Prénom* :**

Courriel* :

Téléphone* : **Fax :**

Inscription du demandeur dans une maison médicale au forfait ?* Oui / Non



Autre médecin généraliste/spécialiste ou membre du paramédical impliqué :

Nom : Prénom :

Courriel : Téléphone :

Avocat en charge du demandeur :

Nom* : Prénom* :

Adresse :

Courriel* :

Téléphone* : Fax :

Assistant social référent :

Nom* : Prénom* :

Institution* :

Téléphone* : Fax :

Courriel* :

Procédure d'asile :

Première demande d'asile ?* Oui / Non

Si non, date de la dernière demande d'asile :/...../.....

Recevabilité* : Oui / Non Numéro de dossier :

Date de convocation au CGRA* :

Recours au CCE* : Oui / Non Date du recours* :/...../.....

Recours au Conseil d'Etat* : Oui / Non Date du recours* :/...../.....



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ :

Par la présente, je soussigné

.....

atteste avoir été informé des objectifs et méthodes de travail de l'asbl Constats, et confirme ma demande de prise en charge par cette association.

J'autorise le médecin qui aura charge de mon dossier à prendre connaissance de l'entièreté de mon dossier médical, ce dans le respect du secret professionnel. J'autorise par ailleurs ce médecin à contacter tout intervenant pouvant apporter des éléments constructifs à une prise en charge optimale.¹

Fait le

à

Signature du demandeur

Signature du tuteur (si demandeur mineur)

¹ Constats asbl s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable au traitement de données à caractère personnel et, en particulier, le règlement européen 2016/679 entré en vigueur le 25 mai 2018. Cela signifie que Constats asbl s'engage à vous informer quant à l'utilisation de vos données personnelles et à respecter vos droits.¹

