

DEMANDE COPIE DU DOSSIER MEDICAL MILITAIRE

Je soussigné, demande une copie du dossier médical du patient dont les coordonnées se trouvent ci-dessous, dont je déclare être le médecin traitant.

Coordonnées médecin traitant :

NOM:
Prénom:
Adresse (cabinet):
N° INAMI. :

Signature et cachet du médecin,

.....

Coordonnées du patient:

NOM:
Prénom :
N° Matricule :
Unité :

Je soussigné, (Nom, Prénom)....., déclare que le médecin ci-dessus est mon médecin traitant et demande que celui-ci reçoive une copie de mon dossier médical.

Signature patient,

.....

A transmettre à:

**ACOS - WB
Section Archive Médicale
Quartier Reine Astrid
Rue Bruyn, 1
1120 BRUXELLES**