DIFFUSION RESTREINTE – VIE PRIVÉE
(CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001)

DEMANDE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL 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 du médecin traitant[1] :	
NOM :	
Prénom :	
Adresse (cabinet) :	
N° INAMI :	
Adresse email :	
Date, signature et cachet du médecin, X _____	

Coordonnées du patient[2] :	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
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.	
Date et signature du patient, X _____	

À transmettre à :

DG H&WB
Section Archives Médicales
Quartier Reine Astrid
Rue Bruyn 1
1120 BRUXELLES

[1] Informations nécessaires pour le traitement de la demande et en raison d'une obligation légale incombant au responsable du traitement (Défense) et en référence à la déclaration de confidentialité de la Défense et aux déclarations de confidentialité spécifiques de la DG H&WB, de COMOPSMED, de la DGHR et/ou de la DGBudFin selon le cas.
[2] Idem précédent