
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 :	
NOM :	
Prénom :	
Adresse (cabinet) :	
N° INAMI :	
<u>Adresse email :</u>	
Date, signature et cachet du médecin, X _____	

Coordonnées du patient :	
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 Archive Médicale Quartier Reine Astrid Rue Bruyn 1 1120 BRUXELLES
--