

AANVRAAG AFSCHRIFT VAN MILITAIR MEDISCH DOSSIER

Ik ondergetekende, vraag een kopie van het medisch dossier van de patiënt waarvan de gegevens zich hieronder bevinden, waarvan ik verklaar de behandelende arts te zijn.

Gegevens behandelende arts :

NAAM :

Voornaam :

Adres
(praktijk) :

RIZIV Nr :

e-mail adres :

Datum, handtekening en stempel van de arts,

X

Gegevens patiënt :

NAAM :

Voornaam :

Geboortedatum :

Stamnummer :

Eenheid :

Ik ondergetekende, (Naam, Voornaam) , verklaar dat de hierboven
Vermelde arts mijn behandelende arts is een vraag dat deze een kopie van mijn medisch dossier ontvangt.

Datum en handtekening patiënt,

X

Over te maken aan :

DG H&WB
Sectie Medische Archieven
Kwartier Koningin Astrid
Bruynstraat 1
1120 BRUSSEL