

**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. : .....  
Adresse e-mail : .....

Date, signature et cachet du médecin,  
.....

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 patient,  
.....

A transmettre à:

**DG H&WB**  
**Section Archive Médicale**  
**Quartier Reine Astrid**  
**Rue Bruyn, 1**  
**1120 BRUXELLES**  
[thierry.cappelle@mil.be](mailto:thierry.cappelle@mil.be)