

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