

**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**