

## 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 geneesheer te zijn.

Gegevens behandelende geneesheer:

NAAM: .....

Voornaam: .....

Adres (praktijk): .....

.....

RIZIV Nr. : .....

**e-mail adres :** \_\_\_\_\_

Datum, handtekening en stempel van de geneesheer,

.....

Gegevens patiënt:

NAAM: .....

Voornaam: .....

Geboortedatum : .....

Stamnummer: .....

Eenheid: .....

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

Datum en handtekening patiënt,

.....

Over te maken aan:

**DG H&WB**  
**Sectie Medische Archieven**  
**Kwartier Koningin Astrid**  
**Bruynstraat, 1**  
**1120 BRUSSEL**  
**[thierry.cappelle@mil.be](mailto:thierry.cappelle@mil.be)**