

Dossier médical n° : .....

## Demande d'obtention de rapport(s) médical(aux)

(Article 9 § 3 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

<b>NOM</b>	
<b>PRÉNOM</b>	
<b>DATE DE NAISSANCE</b>	
<b>ADRESSE</b>	
<b>NUMÉROS DE TÉLÉPHONE</b>	<b>FIXE :</b> <b>GSM :</b>
<b>DOCUMENT(S) DEMANDÉ(S)</b>	

**Je joins une photocopie de ma carte d'identité.**

Je marque mon accord pour que la présente demande soit jointe à mon dossier médical.

Fait à Bruxelles, le .....

Signature du demandeur :

*Carte d'identité*

**À transmettre au Docteur .....**