**Pour vous assister, veuillez nous envoyer ce formulaire dûment complété à**

[**patients.international@chirec.be**](mailto:patients.international@chirec.be)

1. **Données du demandeur des soins médicaux :**

Telles qu’indiquées dans le passeport/carte d’identité :

Nom de famille :…………………………………………………………………………………

Prénom :………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : ………/………/…………… (JJ/MM/AA)

Lieu de naissance :………………………………………………………………………………

Nationalité : …………………………………………………………………………………….

Sexe:

|  |  |
| --- | --- |
| Féminin |  |
| Masculin |  |

Langues parlées : …………………………………………………………………………………

Adresse complète :   
Rue et n° :………………………….………………………………………………………………  
Code postal……………………… Ville…………………………………………………………

Pays :………………………………………………………………………………………………  
N° de téléphone (avec préfixe): ………………………….……………………………………….

N° de téléphone portable (avec préfixe) : ……………………………………………………….

Email :…………………………………@………………………………………………………...

Données de l’accompagnant/ou le contact en cas d’urgence :

Nom de famille : ………………………………………………………………………………….

Prénom :……………………………………………………………………………………………

Date de naissance : ………/………/…………… (JJ/MM/AA)

Lieu de naissance :…………………………………………………………………………………

Nationalité :………………………………………………………………………………………..

N° de téléphone (avec préfixe):………………………….………………………………………..

N° de téléphone portable (avec préfixe) : ……………………………………………………….

Email :…………………………………………..@………………………………………………..

1. **Sécurité sociale :**

Etes-vous couvert par le système médical européen (carte EU, mutuelle) ?

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

Avez-vous une assurance privée avec une couverture 100 % ?

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

Si oui, laquelle ? …………………………………………………………………………

Autre type de prise en charge :

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

Si oui, quel type ?………………………………………………………………………………………

**3. Information médicale :**

Description du problème médical/historique/traitements, ainsi que les soins demandés.

|  |
| --- |
|  |

1. **Programmation du séjour :**

En quelle date seriez-vous disponible pour venir à Bruxelles, Belgique ? ………………………

Disposez-vous déjà d’un VISA?

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

**Prière de joindre à ce formulaire les documents suivants :**

* **Copie du passeport/carte d’identité du patient**
* **Lettre de garantie si applicable**
* **Dossier médical (rapports et examens médicaux, ex RX ou autres)**

Nous traitons votre demande dans les plus brefs délais.

*La Cellule des Patients Internationaux CHIREC –* [*patients.international@chirec.be*](mailto:patients.international@chirec.be) *- T : 32 2 434 55 58*