



DEFENCE



Burn Center

Chef de département / Hoofd
Departement
Dr VANDERHEYDEN Bart
Chef de Service / Diensthoofd
Dr ROSE Thomas

SECRET MEDICAL – MEDISCH GEHEIM

- 1 -

NOH , le

AUTORISATION

Date: 16./12./2025.....

Je, soussigné(e),

Nom et prénom:

S.T.O.U.T.I. Naima.....

Numéro National : 8008.1043036.....

Adresse:

Rue Marcq N° 25 1000 Bruxelles
.....
.....
.....

J'autorise par la présente de communiquer mes coordonnées (Nom, Prénom, adresse, N° de GSM, données médicales concernant mes brûlures , mes revenus et dépenses ...) au service social de la Fondation afin que ce dernier puisse me contacter.

Signature,

CONTACTS / CONTACTEN

Secretariaat BU
02/44 - 32241 ou 32238
Mail MHKA-HOSP-SRT@mil.be
High Care _____ 32233
Medium Care _____ 32290
Alg Hosp Gen _____ 31969
31970
32284
One Day Clinic _____ 32212
Consultation _____ 32438
Raadpleging
Kinesithérapie _____ 32302
Psycholoog (NL) _____ 32286
Psychologue (FR) _____ 32287
Assistante sociale
Sociaal assistente _____ 31928
info@hopitalmilitaire.be
International 0032 2 44
Accueil HMRA
Onthaal MHKA 02 44 31882





Affligem, le

Mandat de représentation

Concerne :

Nom + Prénom :

... SAOUDI NAÏMA

Date de naissance: ... 10-08-1980

N° Registre national : ... 800810-430-36

Adresse: ... Rue Marcq N° 25 1000 Bruxelles

Je soussigné(e), ... SAOUDI Naïma

déclare par la présente mandater la Fondation des Brûlés, valablement représentée par son Administrateur Délégué, Monsieur Stefaan Lauwaert, pour assurer la défense de mes intérêts sociaux* et/ou juridiques* suite au sinistre survenu le:

Références du dossier assurance :

Par la présente, je donne mon accord pour que la Fondation des Brûlés soit mise en copie de tous les échanges relatifs à ce dossier, et pour que les différents intervenants aient accès à mon dossier médical et administratif.


Nom+prénom: ... SAOUDI Naïma

Lu et approuvé, ... Lu et approuvé

Date et signature :

16-12-25

Évaluation de la situation familiale et financière

 Nombre de personnes vivant du revenu familial : ...*seule*.....

Rentrées mensuelles

Revenus : *1011* €
 Activité complémentaire : */*..... €
 Indemnités mutuelle : */*..... €
 Invalidité : */*..... €
 Chômage : */*..... €
 Allocations familiales : */*..... €
 Pension : */*..... €
 CPAS : */*..... €
 Pension alimentaire : */*..... €
 Revenus immobiliers : */*..... €
 Autres : */*..... €
 Total revenus : *1011* €

Dépenses mensuelles

Loyer : *500* €
 Chauffage : */*..... €
 Électricité/gaz : */*..... €
 Eau : */*..... €
 Crédit maison : */*..... €
 Abonnement transport : *150 € / an*
 Assurance auto : */*..... €
 Taxe auto : */*..... €
 Crédit voiture : */*..... €
 Assurance incendie : *20 € / mois*
 Assurance familiale : */*..... €
 Autres assurances : */*..... €
 Téléphone : *11* € / mois
 TV : */*..... €
 Internet : */*..... €
 Autres médias : */*..... €
 Taxes communales : */*..... €
 Autres taxes : */*..... €
 Crédits personnels 1 : */*..... €
 Crédits personnels 2 : */*..... €

Remarques:

.....





Checklist déclaration dossier social

Nom : Saouh Prénom : Naima Date de naissance : 14/08/1988

Numéro national : 80.08.12 - 430.36

Centre de Brûlés : Gand / Louvain / Anvers / NOH / Charleroi / Liège / Autres Bruxelles

Type de dossier : Social / Juridique / Psychosocial / Interne

Lieu accident : Date accident : 28/09/25

Lieu : Enregistrement : OUI / NON

Tiers impliqués : OUI / NON Qui : le mari Assurance : /

Assurance personnelle :

Familiale OUI / NON nom : Incendie OUI / NON nom :

Mutualité OUI / NON nom : chrétienne Hospitalisation OUI / NON nom : hopital militaire

Déclaration police OUI / NON Numéro PV

.....

Description accident : violences conjugales (Brûlures au 2^e degré moitié visage et cou)

Frais (entourer ou cocher OUI/NON) :

Médicaux OUI / NON

Hospitalisation OUI / NON

Post-Hospitalisation OUI / NON

Revalidation OUI / NON

Soins domicile OUI / NON

Kiné OUI / NON

Vêtements compressifs / silicone OUI / NON Pansements OUI / NON

Juridique OUI / NON

Avocat OUI / NON

Conseil OUI / NON

Transport OUI / NON