DECLARATION DE PERSONNE LESEE

Ce document doit :
- soit être remis lors de l'audition par la police ;
- soit être remis au secrétariat du parquet à l'adresse suivante.... ;
- soit être envoyé par lettre recommandée au secrétariat du parquet à la même adresse ;
- soit être envoyé par courriel au secrétariat du parquet à l'adresse électronique suivante ; parquet.bruxelles@just.fgov.be
- soit être remis au bureau de police.

Vous pouvez effectuer cette démarche en personne ou par l'intermédiaire de votre avocat.

Je déclare être personne lésée dans le cadre du dossier dont le numéro de pv est le suivant :
BR3.L4.075.0251.26 (pour le numéro de pv, voir votre attestation de dépôt de plainte)

1. Mon identité :

Nom : Brixhe
Prénom(s) : Christian
Lieu et date de naissance : Bruxelles
Adresse : Brusselstraat 75 1702 Groot Bijgaarden.
N° de registre national : 75.11.10.101.23
Intervenant en qualité de représentant légal de :
(dans ce cas, précisez cette qualité :)

2. Les faits pour lesquels je déclare être lésé(e) sont les suivants :

Lieu des faits : Brusselsstraat 75 1702 Groot Bijgaarden
Date des faits : ~~entre le~~ 2.1.10.21.2.0.2.6
Personne(s) ayant occasionné le dommage : Mr Kommeraar Anvers.
Nature de l'infraction : Tamponnade

3. Le dommage que je subis est de nature (copie de pièces justificatives éventuelles à joindre) :

- ☒ corporelle : Des contusions brulures 2ème degré profond
- ☐ matérielle :
- ☐ autre, à savoir :
- ☐ absence de dommage :

1. (à compléter uniquement si la mention "absence de dommage" a été cochée ci-dessus) :

L'intérêt personnel à me présenter comme personne lésée est le suivant :
.....
.....
.....
.....

Je souhaite que cette déclaration soit jointe au dossier après que le parquet en ait dressé acte et, qu'en conséquence, je sois informé(e) de la décision que le procureur du Roi prendra à la fin de l'enquête. Je serai également averti(e) du déroulement de ce dossier, notamment de la mise à l'instruction et des fixations qui interviendront devant les juridictions d'instruction et de jugement. Je sais en outre qu'il m'est possible de faire joindre au dossier tout document que j'estime utile et que je peux demander l'autorisation de consulter le dossier ou d'en obtenir copie.

Fait à Bruxelles le 24.07.2026 (Signature)

Brixhe

Service Policier d'Assistance aux victimes – zone de police Bruxelles CAPITALE Ixelles

- Bruxelles – Centre / Laeken / Neder-over-Heembeek / Haren
  Rue de Marché au Charbon 30, 1000 Bruxelles
  02 279 77 36
  02 279 77 37
  02 279 76 37
- Ixelles – Louise
  Rue de Collège 1, 1050 Bruxelles
  02 279 84 33

zpz.polbru.sav-slb@police.belgium.eu

N.B Vous pouvez obtenir des informations complémentaires sur les droits des victimes d'infractions sur le site internet : **https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/que_faire_comme/victime** et sur le site internet **www.victimes.be**. Vous pouvez également vous procurer des brochures dans les palais de justice et les maisons de justice ou en écrivant au Service Public Fédéral Justice, service communication, Bordet A, Boulevard de Waterloo, 115 à 1000 Bruxelles (Tél. 02/682 10 10) ou à l'adresse info@just.fgov.be.

DEFENCE

Burn Center

Chef de Service / Diensthoofd
Dr ROSE Thomas

SECRET MEDICAL – MEDISCH GEHEIM

ATTESTATION DE LESIONS

Concerne M U 75110120163 01/11/1975

Né(e) le BRIXHE, CHRISTIAN Maladie ___/___/___

N° Registre National 75110120163

Je soussigné(e), docteur en médecine attaché au Centre des Brûlés de l'Hôpital Militaire Reine Astrid, avoir constaté chez le/la patient(e) susmentionné(e) **(une/des brûlure(s) – un accident – une maladie (*)),** datant du ..21.../....7.../20.26.. (suivant les déclarations du/de la patient(e)).

Description du traumatisme

1. Cause Flammes
2. TBSA 12 %
3. Profondeur 2e degré profond
4. Localisation dos
5. Sites donneurs

Remarques et commentaires

En vue de prévenir l'apparition d'hypertrophie(s) cicatricielle(s) ou de les réduire, le/la patient(e) sera revu(e) durant : **(– 1 an – 1 à 2 ans – 2 ans – 2 à 3 ans – (*))** ou _____ suivant l'incident initial.

Ce certificat est rédigé à la demande (*) :

- **du/de la patient(e)**
- **du/des parent(s) du/de la patient(e) - père ☐ mère ☐** _____
- **du tuteur légal du/de la patient(e) - Nom** _____
- **et lui est (transmis par voie postale – remis en mains propres (*))**

21/7/20.26 (Date)

Dr Becker Ch. 13.55547 (Cachet et signature du Médecin)

(*) Barrer la/les mention(s) inutile(s)

N:NOH\BWC\BU Admin\Doc admin\Doc Admin Srt\BLANCO_DOC_BU\DOC_EXTERNE\ATTESTATION_LESIONS.doc

CONTACTS / CONTACTEN

info@hopitalmilitaire.be

International 0032 2 44 .....

Central HMRA
Centrale MHKA **02 44 31882**

Accueil BU _____
Onthaal BU 32237
fax _____

Secretariaat BU _____ 32238
32241
32242
fax _____

High Care _____ 32233
32235

Medium Care _____ 32285

US-VE 32 _____ 31970
31969

One Day Clinic _____ 32212

Consultation
Raadpleging 32438
Kinesitherapie 32302

Psycholoog (NL) _____ 32286

Psychologue (FR) _____ 32287

Assistante sociale _____ 31928
Sociaal assistente

Hôpital Militaire Reine Astrid
Centre des Brûlés
Quartier Reine Astrid
Rue Bruyn, 1
B – 1120 – Neder-Over-Heembeek

HMRA - MHKA

Militair Hospitaal Koningin Astrid
Brandwondencentrum
Kwartier Koningin Astrid
Bruynstraat, 1
B – 1120 – Neder-Over-Heembeek

DEFENCE

Burn Center

Chef de Service / Diensthoofd
Dr ROSE Thomas

SECRET MEDICAL – MEDISCH GEHEIM

LETSELS ATTEST

Betreft _____

Geboren op ____/____/_____ Door ongeval / ziekte op ____/____/_____

Rijksregister Nr | | | | | | | - | | | | - | | |

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde verbonden aan het Brandwondencentrum van het Militair Hospitaal Koningin Astrid, heb bij bovenvermelde patiënt(e) een **(brandwonde(n) – ongeval – ziekte (*))** vastgesteld, opgelopen op ...../...../20..... (volgens verklaring van de patiënt(e))

Beschrijving trauma

1. Oorzaak _____
2. TBSA _____ % _____
3. Diepte _____
4. Plaats _____
5. Donor site _____

Opmerkingen en commentaren

Om hypertrofische littekens te voorkomen of om deze te verminderen zal de patiënt(e) gedurende :

(– 1 jaar – 1 tot 2 jaar – 2 jaar – 2 tot 3 jaar – (*)) of _____ na het eerste incident gevolgd worden.

Dit certificaat werd opgesteld op aanvraag van (*) :

- **de patiënt(e)**
- **de ouders van de patiënt(e) - vader ☐ moeder ☐** _____
- **de wettelijke voogd van de patiënt(e) - Naam** _____
- **en werd (opgestuurd per post – direct overhandigd (*))**

...../...../20..... (Datum)

..... (stempel en handtekening van de Arts)

(*) Doorstrepen wat niet past

N:\NOH\BWC\BU Admin\Doc admin\Doc Admin Srt\BLANCO_DOC_BU\DOC_EXTERNE\ATTESTATION_LESIONS.doc

CONTACTS / CONTACTEN

info@hopitalmilitaire.be

International 0032 2 44 .....

Central HMRA
Centrale MHKA **02 44 31882**

Accueil BU _____
Onthaal BU 32237
fax _____

Secretariaat BU _____ 32238
32241
32242
fax _____

High Care _____ 32233
32235

Medium Care _____ 32285

US-VE 32 _____ 31970
31969

One Day Clinic _____ 32212

Consultation
Raadpleging 32438
Kinesitherapie 32302

Psycholoog (NL) _____ 32286

Psychologue (FR) _____ 32287

Assistante sociale _____ 31928
Sociaal assistente

Hôpital Militaire Reine Astrid
Centre des Brûlés
Quartier Reine Astrid
Rue Bruyn, 1
B – 1120 – Neder-Over-Heembeek

HMRA - MHKA

Militair Hospitaal Koningin Astrid
Brandwondencentrum
Kwartier Koningin Astrid
Bruynstraat, 1
B – 1120 – Neder-Over-Heembeek