

Déliement du secret médical

J'autorise tous les médecins qui m'ont soigné(e), me soignent actuellement ou me soigneront suite à l'accident du _____ à fournir à

Maître Lars Nitzsche, Rechtsanwalt
Lexuris Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Schulstrasse 60
77694 Kehl

tous les renseignements nécessaires et délivre ainsi les personnes concernées du secret médical par la présente.

Je soussigné(e),

Nom, Prénom:

Adresse:

Date de naissance:

(Lieu, Date)

(Signature)