

Déliement du secret professionnel pour la réinsertion professionnelle

Moi

Prénom, nom
Adresse, lieu
Date de naissance

délie le **médecin** suivant

Prénom, nom
Adresse, lieu

du secret professionnel envers mon employeur (nom de la personne, entreprise, coordonnées)

.....

Je consens à ce que les informations médicales nécessaire à la réinsertion professionnelle uniquement puissent être communiquées. Je suis conscient (e) que je peux à tout moment révoquer la présente déclaration de déliement du secret professionnel avec effet pour l'avenir.

Date Signature patient/patiente

Le/la patient(e) est informé(e) du sens et du but du déliement du secret professionnel:

Date Signature médecin